



La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste

Claire Galichon

► To cite this version:

Claire Galichon. La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01141153

HAL Id: dumas-01141153

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01141153>

Submitted on 10 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N°210

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La prescription et le suivi de la contraception :
Difficultés rencontrées par le médecin généraliste

Présentée et soutenue publiquement
le 20 novembre 2014

Par

GALICHON, Claire

Née le 14 mai 1982 à Versailles (78)

Dirigée par Mme Le Docteur Dupie, Isabelle

Jury :

M. Le Professeur Gilberg, Serge, PU Président

M. Le Professeur Copin, Henri, PU Membre

M. Le Docteur Bloede, François, MCA Membre

Mme Demissy, Géraldine, Sage-femme Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Aux membres du jury d'avoir accepté de juger mon travail et pour leur présence.

Au Dr Isabelle Dupie, de m'avoir accompagnée et encouragée tout au long de ce travail. Merci aussi de m'avoir guidée dans mes premiers pas de médecin généraliste avec le Dr Christian Bihorel.

A tous les médecins ayant accepté de donner leur témoignage, sans eux ce travail n'aurait jamais vu le jour.

A l'équipe hospitalière qui m'a prise en charge en 2001, avec eux j'ai découvert l'hôpital du côté des patients. Ils m'ont appris le Soin, le Respect et l'Accompagnement dans la dépendance.

A tous mes maîtres de stages, merci pour tout ce qu'ils m'ont enseigné, sans eux je ne serais pas le médecin que je suis aujourd'hui.

A toutes les équipes paramédicales qui m'ont entourée lors de mes stages, pour tout ce qu'elles m'ont apporté, elles ont grandement participé à mon apprentissage de futur médecin.

A mes co-externes et co-internes, pour tous les bons moments passés ensemble et pour les liens forts qui m'unissent à certains d'entre eux encore aujourd'hui!

Aux médecins qui m'ont confié leur cabinet, en particulier à Christine, Florence et Valérie que je remplace depuis deux ans. Merci pour leur confiance et pour tout ce qu'ils m'ont apporté.

Aux patients, sans eux, je ne serais pas le médecin d'aujourd'hui.

A ma famille, merci d'être à mes côtés dans les moments difficiles comme dans les grands moments de joies.

A mes parents, merci de m'avoir encouragée dans ma vocation depuis le début. Un grand merci à maman pour les heures passées à me relire !

A Antoine, Baptiste et Aurore, merci pour le bonheur qu'ils vous me procurent chaque jour.

Table des matières

TABLE DES ABREVIATIONS.....	5
1 INTRODUCTION.....	6
1.1. Définition de la contraception.....	6
1.2. Les droits en matière de procréation	6
1.3. Les couples et la contraception	6
1.4. Utilisation des moyens de contraception.....	7
1.5. Les prescripteurs et la contraception.....	8
2 METHODE ET MATERIEL	10
2.1. Méthode qualitative	10
2.2. Population étudiée.....	10
2.3. Méthode de recueil.....	11
2.3.1. La conversation du groupe du programme de DPC	11
2.3.2. L'entretien semi dirigé	11
2.3.3. Le guide d'entretien	12
2.3.4. La conduite des entretiens	12
2.3.5. La retranscription des données	12
2.4. L'analyse des données.....	13
2.4.1. Le codage descriptif	13
2.4.2. Le codage thématique	13
2.4.3. Le codage matriciel	14
2.4.4. Logiciel nvivo10	14
3 RESULTATS.....	15
3.1. Entretien et échantillon	15
3.2. Schéma de synthèse des résultats.....	15
3.3. Le médecin, ses connaissances et son vécu de la contraception:.....	16
3.3.1. Les caractéristiques du médecin.....	16
3.3.2. La formation médicale	18
3.3.3. Son vécu personnel de la contraception et ses croyances	21
3.3.4 Facilités à traiter le sujet de la contraception	22
3.4. Problèmes d'organisation.....	23
3.4.1. Organisation du cabinet.....	23
3.4.2 Organisation de la consultation	25
3.4.3 Coordination des soins	30
3.5 Initiation et suivi de la contraception.....	31
3.5.1 Choix de la méthode contraceptive :	31
3.5.2 Le suivi de la contraception	38
3.5.3 Les hommes et la contraception.....	40
3.6 Construction d'un modèle.....	41

4 DISCUSSION.....	43
4.1. Reprise des principaux résultats et comparaison avec la littérature	43
4.1.1. Les caractéristiques et la formation du médecin généraliste.....	43
4.1.2 Les problèmes liés à l'organisation.....	44
4.1.3 Le choix de la contraception	46
4.1.4 Le suivi de la contraception	49
4.2. Validité.....	50
4.2.1. Forces.....	50
4.2.2. Faiblesses	50
5 CONCLUSION.....	52
6 BIBLIOGRAPHIE	53
7 ANNEXES	57
7.1 Annexe 1 : guide d'entretien	57
7.2 Annexe 2 : entretiens	58

Table des abréviations

CPEF	Centre de planification et d'Education Familial
DIU	Dispositif Intra Utérin
DU	Diplôme Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
ECN	Examen Classant National
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	Institut National de Prévention et l'Education pour la Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MG	Médecin généraliste
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFTG	Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

1 Introduction

1.1. Définition de la contraception

Selon l'OMS, c'est : « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. »

1.2. Les droits en matière de procréation

« Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances et d'être informés sur les moyens d'y parvenir ». ¹

1.3. Les couples et la contraception

Depuis les années 1960, on assiste à une médicalisation croissante et généralisée de la contraception². En effet, plus de 70% des femmes ne désirant pas d'enfant entre 15 et 49 ans ont une méthode de contraception médicalisée³. Malgré cela, on observe encore beaucoup de grossesses non prévues et une stabilité du nombre d'interruptions volontaires de grossesse depuis 2006.

Les causes des grossesses non prévues ont été très bien étudiées.

Elles s'expliquent en partie par la difficulté à gérer sa contraception au quotidien³. Parmi les grossesses non prévues, deux tiers ont lieu sous contraception, dont 20% sous pilule⁴, moyen de contraception le plus utilisé en France actuellement. Les périodes de transition (post-partum et changement de contraception) sont particulièrement à risque. En 2004 une femme sur deux avait changé de moyen de contraception dans les 6 mois précédents l'IVG. Les problèmes d'observance sont aussi très fréquents puisqu'une femme sur cinq déclare oublier sa pilule. L'inégalité des recours à la contraception d'urgence est également source de grossesses non prévues. Les femmes connaissent mal les conditions d'accès et le délai de prise de la contraception d'urgence⁴.

Parmi les causes de grossesses non prévues, les problèmes d'accessibilité à la contraception persistent notamment pour les plus jeunes. Le fait de devoir avancer les frais de la consultation est un frein pour certaines⁶.

L'autre source de grossesses non désirées vient des croyances de certaines femmes « *une femme n'est féconde que le 14^{ème} jour du cycle* » et d'une méconnaissance du cycle féminin encore très présente.

Au-delà de toutes ces causes, il existe chez certains couples une ambivalence du désir de grossesse.

Il a été démontré que plus les femmes sont impliquées dans le choix de leur méthode de contraception, plus elles en sont satisfaites et moins elles connaissent de grossesses non prévues⁵. Il est donc important de s'attarder sur l'adéquation entre le contraceptif et le mode de vie de la patiente ou du couple et de réinterroger ce choix en cas de modification de ce mode de vie ou de difficultés d'utilisation importantes⁶.

1.4. Utilisation des moyens de contraception

Le panel des différents moyens de contraception^{7,8,9} à disposition des couples et des prescripteurs est large. Chacune des méthodes de contraception peut présenter des avantages et inconvénients en fonction du mode de vie, de la sexualité et des antécédents médicaux.

Les méthodes médicalisées : ³

- La contraception orale par pilule est la méthode la plus utilisée en France, elle est œstro-progestative ou progestative, utilisée par 41% des femmes ayant recours à une contraception en 2013. Elle peut être prise soit en continu pour les deux formes, soit en discontinu pour la pilule œstro-progestative.

- Les autres méthodes hormonales qui sont l'implant, le patch et l'anneau, sont utilisées par 4,5% des femmes. Les trois méthodes sont intéressantes en cas d'oubli de pilule fréquent.

- Le dispositif intra utérin utilisé par 22,6% des femmes de 15 à 49 ans, peut être à la progestérone ou au cuivre. Il est posé pour une durée de 5 à 10 ans.

- La stérilisation : en France seulement 4,3% des femmes ont recours à cette méthode, alors qu'elle est utilisée par plus de 50% des couples dans des pays comme la Chine, les Etats-Unis ou le Brésil¹¹. Elle peut se faire à tout âge, chez les femmes par pose d'Essure® dans les trompes ou par ligature des trompes utérines et chez les hommes par la vasectomie.

- La contraception d'urgence se fait, soit par la pose de stérilet au cuivre au plus tard dans les 5 jours après la date estimée d'ovulation, soit par la contraception d'urgence hormonale dite « pilule du lendemain » qui contient uniquement des progestatifs. Elle est à prendre le plus rapidement possible après le rapport : dans les 72h après le rapport pour Norlévo® et 5 jours pour Ellaone®.

Les méthodes de contraception non médicalisées:

- Le préservatif féminin ou masculin est la méthode la plus utilisée par 15,3% des personnes.

- 9,3% des femmes utilisent d'autres méthodes telles que les diaphragmes, les capes, les spermicides, le retrait ou les abstinences périodiques.

Il existe une forte disparité des méthodes de contraception utilisées en fonction des catégories socio culturelles des patientes.⁴

1.5. Les prescripteurs et la contraception

Pour leur suivi gynécologique, un tiers des femmes ont recours au gynécologue, un tiers font appel à leur médecin généraliste et le derniers tiers est suivi à la fois par le médecin généraliste et le gynécologue¹². En France, les prescripteurs de contraception sont les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes depuis 2009¹³. Les pharmaciens peuvent également délivrer la pilule lorsqu'on leur présente une ordonnance de moins d'un an, et délivre la contraception d'urgence avec ou sans ordonnance. Dans de nombreux autres pays, les infirmières sont également prescriptrices de contraception¹⁴.

Dans les années à venir, les médecins généralistes et les sages-femmes vont devoir faire face à une demande de prise en charge gynécologique croissante. En effet, la DREES prévoit une baisse de 33% de l'effectif des gynécologues entre 2002 et 2020¹⁵.

D'après l'enquête faite en 1999 par l'observatoire Thalès, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme et par an et la contraception représente 35% des motifs de consultation gynécologique chez le médecin généraliste¹⁶.

Pour limiter les échecs dans le parcours contraceptif, l'IGAS propose entre autres une formation plus opérationnelle des prescripteurs¹⁷.

A ce jour, la formation des prescripteurs est la suivante :

La formation initiale :

- Premier cycle : débute par l'apprentissage de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie.
- Deuxième cycle : contient à la fois la théorie via l'Item 27 (la contraception) du module 2 de la conception à la naissance, et la pratique lors d'un stage hospitalier en gynécologie²⁴.
- Troisième cycle : un enseignement théorique est dispensé dans les facultés et la pratique dépend des stages effectués par l'interne.

Par la suite pour les médecins sont proposés :

- Des diplômes universitaires et inter universitaires.
- Des formations médicales continues et des programmes de développement professionnel continu (DPC) tout au long de leur carrière.

En 2012, la SFTG organisait un programme de DPC destiné à un groupe de médecins généralistes dont l'intitulé était : « améliorer la prescription de la contraception par l'analyse des problèmes rencontrés par les femmes ». A l'issue de cette formation les participants s'étaient fixés des objectifs d'amélioration des pratiques. Quelques mois plus tard était organisée une réunion où chacun reprenait les objectifs qu'il s'était fixé et discutait de l'évolution de ses pratiques. Des réflexions enregistrées, faites par le groupe, ont émergé de nombreuses difficultés avec la contraception. Il a donc semblé intéressant d'approfondir la question.

Au regard des difficultés rencontrées par les couples, il est intéressant d'observer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Les formations proposées aux médecins généralistes sont nombreuses et variées. L'amélioration de la formation initiale et de la formation continue des médecins généralistes fait partie des leviers pour améliorer le choix de la contraception¹⁸. Mais au-delà de la formation n'y a-t-il pas d'autres sources de difficultés pour les médecins généralistes ? Un problème d'organisation, des difficultés relationnelles avec les patients...Il existe peu de données dans la littérature à ce sujet.

L'objectif de cette étude est donc de déterminer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prescription de la contraception et de son suivi.

2 Méthode et matériel

2.1. Méthode qualitative

La méthode qualitative permet d'étudier des phénomènes complexes et de mettre en lumière des données subjectives qui n'auraient pas été trouvées par l'utilisation d'un questionnaire lors d'une analyse quantitative¹⁹. Elle est particulièrement adaptée à la recherche en soins primaires et offre un cadre adapté aux questions que se posent les chercheurs de médecine générale²⁰. Elle est également adaptée aux questions traitant de l'intimité telle que la contraception.

La question posée dans cette étude explore l'expérience de soin des médecins à propos de la contraception. L'objectif était de recueillir la variable qualitative qu'est le « ressenti » des médecins concernant les difficultés qu'ils ont dans le domaine de la contraception. L'objectif n'était pas de quantifier mais de recenser l'ensemble des difficultés vécues par les médecins généralistes.

Dans cette situation, la méthode de recherche qualitative a semblé la plus adaptée.

2.2. Population étudiée

La population étudiée concerne des médecins généralistes exerçants en Ile de France. Le groupe étudié ayant la même identité socio culturelle, il s'agit d'un échantillonnage par homogénéisation.²¹

Les premiers participants ont été recrutés lors d'un programme de DPC à la SFTG dont l'intitulé était : « améliorer la prescription de la contraception par l'analyse des problèmes rencontrés par les femmes ». Les 12 médecins présents avaient accepté de participer à l'enquête. Sur les 12 participants, 7 ont finalement accepté d'être interviewés. Les autres médecins généralistes ont été contactés grâce à l'effet boule de neige.

La diversité interne de l'échantillon, la plus vaste possible, a été recherchée indépendamment de la fréquence statistique des caractéristiques des participants.¹⁸

La variation maximale recherchée chez les médecins généralistes concernait les caractéristiques suivantes : le sexe, l'âge, la durée d'installation, le mode d'exercice (en groupe ou seul, libéral ou salarié), médecins thésés ou remplaçants, les formations, pratique de l'IVG ou non.

2.3. Méthode de recueil

2.3.1. La conversation du groupe du programme de DPC

Lors du programme de DPC, les participants s'étaient fixés des objectifs d'amélioration de leurs pratiques. Plusieurs semaines plus tard, à la séance suivante, chacun s'est exprimé sur l'évolution de ses pratiques en fonction de ses objectifs. L'interaction entre les participants a permis de soulever des idées et de les approfondir en groupe. Cette conversation informelle a été enregistrée, et des notes ont été extraites de cet enregistrement.

2.3.2. L'entretien semi dirigé

La technique de recueil des données dans une enquête qualitative peut se faire de différentes façons en groupe ou par entretien individuel²².

En groupe ou « focus groups » : l'entretien se fait avec 8 à 10 personnes réunies autour d'un sujet avec un animateur et un observateur. C'est l'interaction entre les participants qui génère des données. Le rôle de l'animateur est d'encourager les participants à s'échanger entre eux des anecdotes, des expériences, des opinions. Il sert à faire émerger de nouvelles idées inattendues par le chercheur. Il n'est pas toujours facile de faire part de ses problèmes en groupe. Pour cette étude, le choix s'est donc porté sur des entretiens individuels.

Les entretiens individuels peuvent être :

- Des entretiens dirigés : avec un guide d'entretien dirigé, les mêmes questions sont posées à l'ensemble des participants. Il a été écarté puisqu'il n'aurait pas permis d'explorer l'ensemble du sujet et que l'on pouvait passer à côté de certaines données.

- Des entretiens non dirigés : ils se font sous forme de conversation informelle autour d'un thème qui est approfondi. Il n'y a pas de questions pré établies, le chercheur fait préciser les idées de l'interviewé. La question de recherche était trop vaste pour aborder le sujet sous cette forme-là.

- Des entretiens approfondis ou seul un ou deux points sont abordés de façon très détaillée, les questions sont posées à partir des propos de l'interviewé. Le sujet était également trop vaste pour être abordé ainsi.

- Des entretiens semi-dirigés réalisés avec un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes ou simplement des thèmes à aborder. Les différents sujets sont évoqués de manière flexible au cours de l'entretien. Cette méthode permet à chacun des participants d'évoquer librement sa pratique de la contraception, c'est donc elle qui a été retenue.

2.3.3. Le guide d'entretien

Il a été élaboré autour de quatre thèmes à aborder : l'organisation des consultations et du cabinet, les patients qui posaient problème, les difficultés avec les méthodes de contraception et la formation. Le guide initial d'entretien est en annexe 1, il a été modifié à la suite des premiers entretiens.

2.3.4. La conduite des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu décidé au préalable par l'interviewé afin que celui-ci soit à l'aise et dans un lieu qui lui soit agréable.

L'ensemble des entretiens a été réalisé par Claire Galichon.

Chacun des participants a donné son autorisation pour être enregistré. L'enregistrement était fait par l'application « audio mémo » sur tablette posée sur la table, recouverte afin d'être oubliée.

Les grands thèmes étaient abordés par des questions générales ouvertes posées à partir du guide d'entretien (annexe 1). Le premier thème abordé était systématiquement l'organisation du cabinet. Les questions suivantes étaient posées dans un ordre aléatoire en fonction des propos de l'interviewé.

2.3.5. La retranscription des données

Tous les entretiens ont été retranscrits au mot à mot, en toute objectivité, afin de constituer le verbatim. A ces entretiens ont été ajoutées les notes issues de l'enregistrement de la séance du programme de DPC. L'ensemble forme la base de données de l'étude.

L'anonymat a été respecté, chaque participant (P) a été numéroté.

L'intervieweur, Claire Galichon est noté CG.

2.4. L'analyse des données

Parmi les différentes méthodologies d'analyse des données qualitatives, la « grounded theory » a été choisie.

Il s'agit d'une méthode issue de la sociologie, présentée en 1967 par deux sociologues américains : Glaser et Strauss²³. Elle développe une théorie basée sur la réalité construite à partir des propos des personnes étudiées, en réalisant simultanément l'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données. Elle permet une comparaison permanente des données établies, pour arriver jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens.

Cette méthode permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés dans les entretiens, et de les mettre en relation, sous la forme de schémas, ou de matrices.

Elle fait figure de méthodologie dominante dans les études qualitatives.

2.4.1. Le codage descriptif:

Le codage descriptif ou ouvert permet de rassembler les idées similaires d'un intervenant à l'autre et d'associer chacune d'elles à un code. L'ensemble des codes ouverts formant un livre de codes ayant chacun sa propre description de manière à ce que l'analyse soit reproductible. Le codage ouvert a été réalisé pour chacun des entretiens et pour les notes issues de la conversation en groupe.

2.4.2. Le codage thématique :

Le codage thématique permet de réagencer les codes et d'identifier des thèmes en les regroupant en catégories et sous catégories. Cette classification n'est pas figée. Il y a en effet un aller-retour constant entre la collecte et l'analyse des données : plusieurs relectures ont été réalisées, entraînant des réajustements, des reformulations, des créations, des suppressions, ou même des fusions de catégories entre elles.

2.4.3. Le codage matriciel :

Le codage matriciel permet d'expliquer et de cadrer le sujet de l'analyse et d'affiner la théorie. Il consiste à mettre en relation les différents concepts pour en faire un récit.

Cette dernière étape de l'analyse est réalisée à l'aide de matrices. Celles-ci sont élaborées à partir du croisement d'au moins deux données (codes, catégories, sous-catégories, caractéristiques de la population...) présentées sous forme de tableaux.

2.4.4. Logiciel NVIVO10

Pour cette analyse, le logiciel N VIVO 10 a été utilisé, il présente de nombreux avantages dans le cadre de l'analyse d'une enquête qualitative. Il aide à la progression du travail d'analyse, surtout pour la codification et la manipulation d'une grande quantité de données. Il facilite le classement des données et l'analyse matricielle en profondeur.

3 Résultats

3.1. Entretien et échantillon

Séances de réflexion sur la pratique de la contraception : 11 médecins étaient présents le 04/10/2012. 19 entretiens ont été réalisés entre le 01/03/2013 et le 07/07/2014. sept médecins ont participé à la fois à la séance en groupe et aux entretiens.

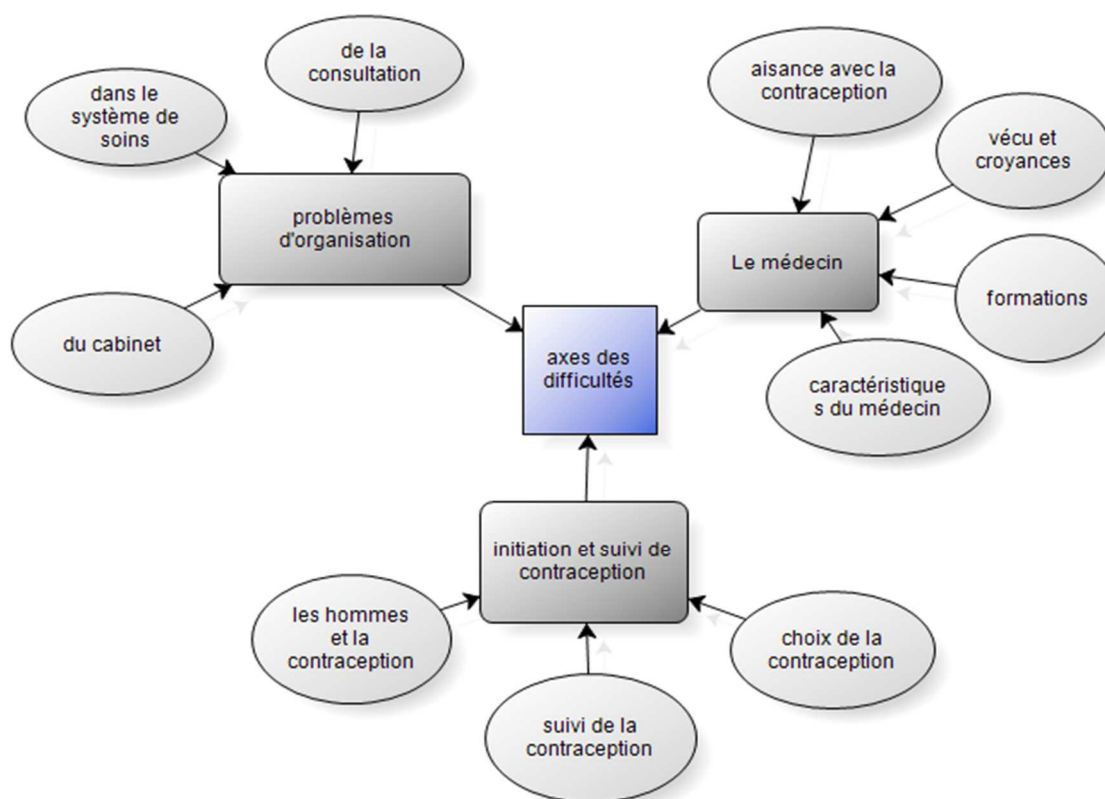
Parmi les entretiens, deux entretiens ont été réalisés par téléphone, l'organisation d'une rencontre étant impossible. Les 17 autres entretiens ont été réalisés là où c'était le plus pratique pour l'interviewé, c'est-à-dire au cabinet du médecin, dans un café ou au domicile.

La durée moyenne des entretiens était de 27 minutes, le plus long ayant duré 1h49min et le plus court 16 minutes. Huit heures et demi d'entretiens ont été analysés.

Les principales caractéristiques des médecins ayant participé aux entretiens sont résumées dans le tableau ci-dessous. Les données pour le groupe n'ont pas pu être recueillies.

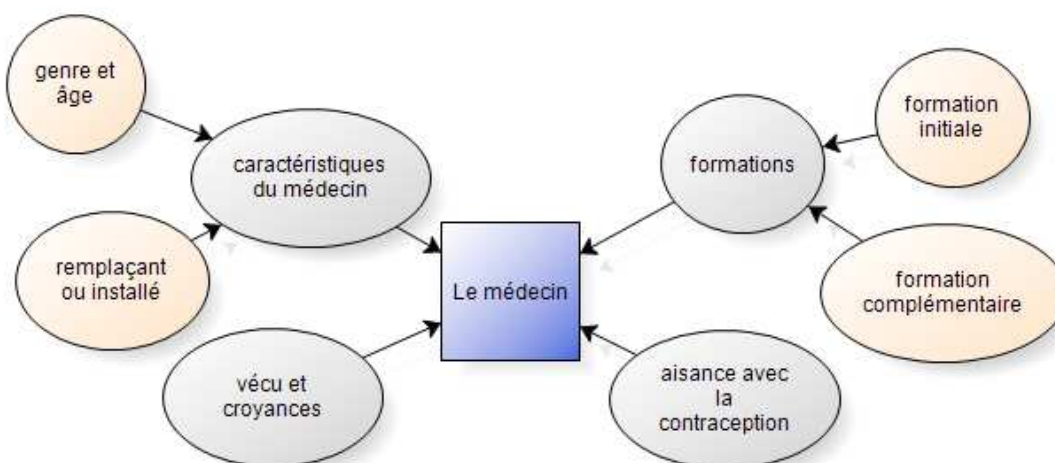
Participants		Nb Enfants	situation maritale	Installation	durée installation	âge	Dpt	IVG	Stérilet /implants	DU gynéco
P1	H	3	marié	installé à 2	26 ans	NC	75	oui	oui	non
P2	F	2	concubinage	installée à 2	24ans	53	75	non	non	non
P3	F	2	mariée	installée à 2	4 ans	35	75	non	oui	oui
P4	F	2	concubinage	salariée	2,5 ans	32	93	oui	oui	oui
P5	H	1	concubinage	installé à 3	4 ans	35	75	non	non	non
P6	H	2	marié	installé seul	28 ans	59	77	oui	oui	non
P7	H	2	marié	installé à 3	35 ans	67	75	non	avant oui	non
P8	H	0	célibataire	remplaçant	6 ans	NC	77	non	non	non
P9	F	2	mariée	installée à 3	16 ans	53	75	non	non	non
P10	F	3	mariée	installée > 3	21 ans	55	75	oui	non	oui
P11	F	3	concubinage	Installée	5 ans	47	78	non	non	oui
P12	H	2	concubinage	installé à 2	28 ans	57	77	oui	oui	NC
P13	F	0	mariée	Remplaçant	2 ans	31	93	non	non	non
P14	F	0	concubinage	installée > 3	2 ans	31	95	oui	oui	oui
P15	H	2	concubinage	Remplaçant	2 ans	32	92	non	non	non
P16	F	0	concubinage	Remplaçant	2 ans	29	91	non	oui/non	non
P17	F	4	mariée	installée à 2	NC	37	78	non	non	non
P18	H	2	concubinage	installé seul	20 ans	60	75	non	non	non
P19	H	1	concubinage	Installé	2 ans	34	75	non	non	oui

3.2. Schéma de synthèse des résultats (Schéma 1)



3.3. Le médecin, ses connaissances et son vécu de la contraception:

Les caractéristiques socio démographiques des médecins généralistes interrogés sont perçues comme ayant une influence. La formation, le vécu personnel de la contraception et l'expérience professionnelle du médecin paraissent également avoir un impact. L'ensemble de ces éléments peut engendrer des difficultés lors des consultations ayant pour motif la contraception. Les résultats de cette catégorie sont représentés ci-dessous (schéma 2).



3.3.1. Les caractéristiques du médecin

Plusieurs facteurs freinent pour le médecin pour la prise en charge de la contraception. Le genre du médecin et son âge semblent jouer un rôle pendant les consultations traitant de ce sujet. Le mode d'exercice, installé ou remplaçant, est également perçu comme ayant une influence sur la prise en charge.

Le genre du médecin n'est pas perçu comme une difficulté pour discuter de la contraception :

P5 : *« Je ne vois pas en quoi le fait d'être un homme pourrait être un souci pour discuter des moyens contraceptifs ».*

Pour les hommes, contrairement aux femmes, l'examen gynécologique est vécu comme une problématique:

P15 : *« Les femmes viennent moins voir un médecin généraliste homme pour faire poser un stérilet ou un implanon. »*

P19 : *« Elles ont envie de séparer le côté médecin généraliste homme et puis le suivi gynéco ailleurs. »*

Certains évitent l'examen en proposant d'orienter vers un confrère. L'un d'entre eux propose l'examen clinique en exposant le fait qu'il peut aussi adresser la patiente à une consœur :

P1 : *« Si vous voulez, je peux le faire, si vous préférez voir une femme, je vous donne des adresses. »*

Pour un des participants, faire un DU de gynéco lui a semblé nécessaire :

P19 : *« Pour me donner une sorte de légitimité en tant qu'homme à faire ça, faire de la gynéco en ville au cabinet. »*

Là où la densité médicale est faible, le médecin homme pratique la gynécologie et les femmes l'acceptent :

P7 : *« J'ai commencé à travailler dans des endroits où il y avait peu de gynécos donc ça ne posait aucun problème(...), c'est assez rare effectivement, qu'une jeune fille décide d'aller voir un homme dans un cabinet de médecins généralistes à Paris. »*

Pour les plus jeunes, la difficulté peut être de parler de la contraception avec des personnes de sexe opposé et de génération identique :

P4 : *« Lorsqu'on est un médecin femme jeune, on essaye si on a le temps de leur dire « est-ce que tu as une copine ? » en fait souvent, j'essaie de ne pas être trop curieuse parce que ça les met trop mal à l'aise. » (à propos des adolescents)*

P5 : *« Le fait que je sois un homme de 35 ans, fait que peut être c'est plus difficile de parler aux jeunes filles de 17 ans, de parler de contraception. »*

Pour les médecins plus âgés, l'apprentissage des gestes techniques semble plus difficile.

P10 : « *Je ne pose pas de DIU, j'ai essayé de l'apprendre (...) il y a aussi des âges où tu es moins... à la fois faut apprendre les choses plus jeune.* »

Avec le temps, le sujet de la contraception paraît moins difficile à aborder :

P7 : « *On est beaucoup plus détaché en vieillissant, ça a beaucoup moins d'impact quand on discute de ça.* »

Les remplaçants ont parlé de difficultés rencontrées liées à leur statut. Les médecins installés n'ont pas évoqué de problèmes liés à ce fait.

Les habitudes pratiques du médecin remplacé peuvent être différentes, un des remplaçants, peu à l'aise avec la contraception dit :

P8 : « *Parfois ça me joue des tours.* »

Certains patients y compris ceux ayant le même médecin traitant depuis longtemps ne sont pas toujours d'accord pour aborder un sujet intime tel que celui de la contraception avec un remplaçant.

P13 : « *Elles se sentent un peu agressées quand tu abordes ces thèmes alors qu'elles ne te connaissent pas (...) il y a des patientes qui ne veulent pas en parler avec toi, parce que tu es le remplaçant.* »

3.3.2. La formation médicale

Les participants ont rapporté l'influence de la formation reçue sur leur pratique. Pour la formation initiale : la qualité de l'enseignement théorique est encore perfectible et la qualité de l'enseignement pratique influence la réalisation des gestes techniques au cabinet. Les formations complémentaires sont nombreuses, le désir des médecins de se former est variable et les attentes différentes en fonction de chacun.

Concernant la formation initiale pratique et théorique :

P1 : « *Sur la formation initiale, on n'est pas au niveau mais on n'a jamais été aussi bien, donc en gros il faut progresser.* »

Cet avis résume bien les propos des participants.

Pour certains, la formation théorique n'est pas suffisante ou incomplète :

P13 : « Alors si on parle de la formation universitaire à la fac, je pense que clairement ce n'était pas suffisant. »

P19 : « Avant l'internat, la contraception, on en a très peu parlée ou on a vu ça de manière très technique et donc je n'en ai pas retenu grand-chose. Après la formation, pendant l'internat de médecine générale, je dois avouer que je ne me rappelle pas vraiment si j'ai eu un cours. »

Un seul participant était plutôt satisfait :

P5 : « Je crois que c'était pas mal la formation que j'ai eu, d'autant plus que je ne suis pas passé du tout en gynéco. »

Pour la formation pratique, nombreux sont ceux qui affirment que c'est lors d'un stage en gynécologie ou en centre de planification familiale qu'ils ont le plus appris :

P13 : « Ce n'est pas la formation universitaire qui t'apprend ça, c'est si tu fais un stage de gynécologie. »

P4 : « J'ai eu la chance en SASPAS d'être dans un centre d'IVG, là j'ai bien appris »(...) « Si tu n'as jamais vu quelqu'un expliquer toutes les méthodes, tu ne peux pas resservir le même discours. »

Certains même pensent que tous les internes devraient passer par un stage à orientation gynécologique.

P1 : « Rien n'est meilleur qu'une formation chez le médecin, donc il faudrait que les internes passent chez le généraliste ou dans des stages formateurs. »

P13 : « Je pense que faire un stage en gynéco(...) je trouve que ça devrait quasiment faire partie du cursus. »

Concernant les formations complémentaires pratiques et théoriques :

Différents types de formations complémentaires ont été cités, ils sont nombreux et variés :

- Les réseaux : P14 : « Je suis adhérente au réseau REVHO. »
- Les revues : P15 : « dans les revues surtout »
- Internet : P3 : « J'avais regardé sur YouTube. »
P8 : « Par internet je lisais et par des discussions avec des collègues. »
- Organisme de formation médicale continue : P1 : « Je fais partie d'une société de formation médicale continue. »
- P7 : « il y a les GLAP, les groupes d'analyse de pratique. »

- Ceux très intéressés par la gynécologie choisissent parfois de faire un diplôme universitaire ou un diplôme inter universitaire et sont satisfaits.

P4 : « J'ai le DIU régulation des naissances de Paris 5. »

P19 : « Le DU contraception et IVG est super, il est très bien pour nous, il balaie la socio et puis des trucs hyper pratiques et concrets sur comment on fait en consultation. »

En complément des formations sur la contraception, l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique ont été évoqués uniquement par deux participants :

P1 : « On fait des formations d'entretien motivationnel. »

P12 : « Tous les trucs sur l'éducation thérapeutique machin... ça fait bouger mais c'est quoi, c'est 20% des gens, 80% des gens ne changent pas. »

Le contenu des formations complémentaires est parfois critiqué :

P17 : « Ce qui m'intéressait, c'était la régulation naturelle des naissances et pour avoir vu le programme en DU de gynéco, j'ai vu que ce n'était absolument pas fait correctement. »

Certains médecins ont exprimé leurs attentes vis-à-vis de formation :

P6 : « C'est la mise à jour sur les nouveautés. »

Deux d'entre eux désiraient plus de formation aux gestes techniques :

P11 : « J'ai cherché pas mal de formation où on peut faire des gestes techniques, il n'y en a pas beaucoup »

Seuls les médecins qui le veulent vraiment se forment :

P7 : « Il y a un vrai problème sur la formation continue. Il y a l'idée qu'il faut le faire et il commence à y avoir de l'argent mais on est loin, loin, loin du compte parce qu'en fait, c'est toujours les mêmes qu'on rencontre dans les formations. »

P1 : « C'est toujours pareil, les gens qui veulent se former, ils y arrivent. »

Et la théorie ne remplace pas la pratique :

P1 : « Donc pour ce qui est de la théorie, on a tout ce qu'il faut mais ça ne remplace pas le fait de toucher des femmes. »

3.3.3. Son vécu personnel de la contraception et ses croyances

Le vécu de la contraception et les croyances sont supposés avoir une grande influence dans les consultations de contraception. Mais peu de médecins ont parlé de leur propre vécu contraceptif et les réponses ont été évasives.

Peu de médecins ont discuté de leur propre vécu contraceptif, bien que son impact sur leurs pratiques soit reconnu par la plupart d'entre eux :

P13 : « Forcément je pense que ta vie génitale et ta vie de femme oriente ta façon de travailler. »

P17 : « On ne peut pas laisser son vécu à l'entrée de la porte. »

Les réponses à la question du vécu personnel et des croyances ont été évasives :

P10 : « Je pense beaucoup, mais justement c'est d'avoir travaillé là-dessus, et de mieux comprendre que des femmes disent qu'elles ne veulent pas la pilule. Avant ça m'énervait, là de mieux comprendre et de mieux négocier autour de ça, (...) voilà d'être plus...les croyances, c'est vachement important. »

Seules quelques femmes ont évoqué leur histoire contraceptive et l'impact qu'elle a sur la prescription et le suivi de la contraception au cabinet :

P14 : « Je ne l'oublie pas et je la prends en continu moi, je me fais un schéma sans règles alors j'aime beaucoup ce schéma donc il m'est arrivé de le proposer. »

P16 : « Je dirais que moi quand j'ai arrêté la pilule (...)j'ai pas mal perdu mes cheveux 3 mois après l'arrêt de la pilule (...) en fait je me suis rendu compte(...) , des effets en tout cas néfastes des hormones.»(...)« Moi mes amies qui n'ont pas de copains, je leur dis de ne pas prendre la pilule, quitte à la prendre 2 mois par an, je ne suis pas sûre que ça vaille le coup de la prendre en continu. »

Les participants ont parlé de leurs croyances via un avis global positif ou négatif sur une méthode de contraception ou l'autre. Le sujet des croyances religieuses n'a été abordé dans aucun des entretiens.

Dans l'ensemble, le DIU a une très bonne aura :

P13 : « Moi je dis toujours que le stérilet c'est à mon avis le meilleur moyen de contraception qui existe. »

P16 : « Je suis devenue beaucoup plus pro stérilet. »

Contrairement à l'implant qui n'a pas une bonne image :

P1 : « Je vais lui parler de l'implant mais pour le coup j'ai un ressenti négatif. »

P2 : « J'ai l'impression que finalement ce n'est pas la panacée. »

Quant aux méthodes naturelles, elles sont mal perçues en tant que méthode de contraception :

P12 : « Ça ne marche pas. »

P6 : « C'est la meilleure façon pour avoir des enfants. »

3.3.4 Facilités à traiter le sujet de la contraception

L'influence de l'aisance du praticien avec la contraception paraît importante pour sa gestion.

Les médecins ayant une grande pratique de la contraception comme ceux n'ayant que peu de pratique ont évoqué le fait, qu'être à l'aise ou non, est ressenti par la patiente et a un impact sur la consultation :

P10 : « Les femmes, elles sont très à l'aise parce qu'elles sentent que moi, je suis très à l'aise et que quand il y a une question et bien, on se la pose. »

Les conséquences exprimées d'un manque d'aisance sont le manque de confiance en soi :

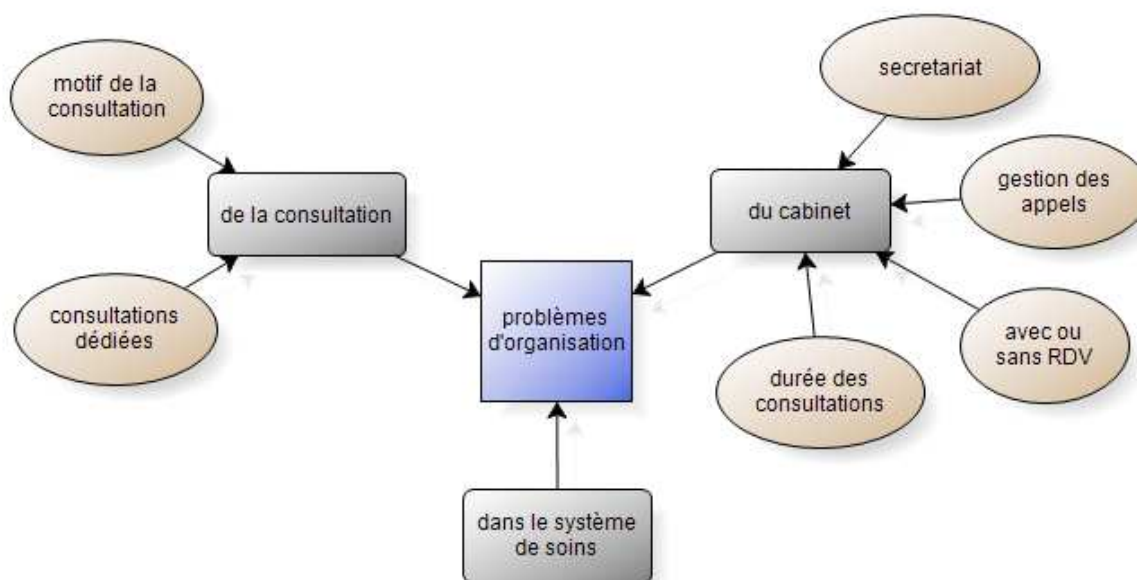
P18 : « Quand on n'est pas à l'aise, on n'en fait pas assez et on n'a pas confiance en soi. »

L'absence de maîtrise du sujet entraîne une gêne qui fait qu'on ne parle pas de la contraception :

P8 : « Je ne suis pas assez à l'aise pour ;... Ouais non j'avoue je fuis un peu » (...) « Je suis assez à l'aise pour répondre à une demande mais pas non plus assez à l'aise pour devancer les choses. »

3.4. Problèmes d'organisation

La qualité de la prise en charge de la contraception est sous l'influence de l'organisation du médecin aussi bien dans le déroulé de la consultation que dans son cabinet et au sein du système de santé. Les résultats de cette catégorie sont représentés ci-dessous (schéma 2).



3.4.1. Organisation du cabinet

Le secrétariat médical sur place semble être plus pratique et efficace. Plusieurs médecins travaillant en cabinet de groupe ont donc choisi cette option :

P12 : « J'ai un secrétariat qui fait très bien son boulot, elle est sur place. »

Le secrétariat téléphonique est un choix que font les médecins installés seuls ou en petit groupe, il a des inconvénients qui ont un impact sur l'organisation du cabinet dans certains cas :

P18 : « Téléphonique et je m'en sers un minimum pour éviter tous les gags parce que ce n'est pas possible. » (...) « Je fais des permanences téléphoniques le matin entre 9 et 10, c'est-à-dire que je ne prends pas de visite, pas de rendez-vous, je ne prends rien du tout, je suis là au téléphone. »

P19 : « La plupart du temps, c'est fait par nous, les patients appellent directement, ils tombent directement sur nous et quand on n'est pas là, avant qu'on arrive à 09h30 ou entre midi et deux, c'est un secrétariat téléphonique. »

Pour éviter le passage par un message au secrétariat, l'une des participantes a choisi d'utiliser les emails pour les patientes qui ont une question :

P14 : *« Parce que c'est plus simple qu'un secrétariat téléphonique où je rappelle etc... là elles m'e-mail et je réponds dans la journée. »*

Les appels téléphoniques en cours de consultation perturbent son bon déroulement :

P13 : *« Que ce soit la contraception ou un autre sujet, si tu es dérangée 3 fois forcément tu fais les choses moins bien. »*

P8 : *« C'est toujours mieux de ne pas décrocher le téléphone. »*

Nombreux sont les médecins qui filtrent les appels téléphoniques en cours de consultation en les détournant vers le secrétariat :

P14 : *« Je n'ai aucun appel téléphonique sauf appel de médecins, pharmaciens ou patients... mais de toute façon, je les rappelle, ceux qui veulent me contacter. »*

Certains appels concernent la contraception :

Tantôt les oublis de pilules dont la difficulté est de savoir répondre rapidement.

P17 : *« Ça arrive qu'il y ait des filles qui appellent en panique en disant j'ai oublié ma pilule. »*

P8 : *« Si on m'appelle, je me remettrai dans mon petit calepin. »*

P9 : *« C'est toujours des consultations au téléphone et donc il n'y a pas de problème, je laisserai en attente et j'irai (voir mon carnet) pour bien leur expliquer. »*

Tantôt le renouvellement de pilule.

Un des médecins refuse de renouveler une pilule par téléphone :

P12 : *« Mais j'ai aussi le coup de fil : « bon ça fait un an que je prends la pilule, vous pouvez me faire une ordonnance ? Je viens la chercher ? » Alors là, c'est moins rigolo. (...) je leur demande de venir. »*

Une autre préfère ne pas laisser la patiente sans contraception :

P14 : *« Même si elle me le demande par téléphone, je lui renouvelle en disant refixons un rendez-vous. »*

Dans l'organisation du cabinet le fait de consulter sur rendez-vous ou sans rendez-vous peut avoir un impact. Les consultations sur rendez-vous ont l'avantage de pouvoir programmer des soins et d'être plus au calme :

P13 : *« C'est sûr que pour les consultations sur rendez-vous, tu es plus posée. »*

Mais aussi l'inconvénient des rendez-vous non honorés :

P12 : *« Elle voulait un implant, je l'ai prescrit et elle ne vient pas. »*

Pour tenter d'y remédier l'un d'entre eux a mis en place les rappels de rendez-vous par message écrit sur les portables :

P12 : *« Quand le rendez-vous est pris, j'ai un système maintenant comme vous avez pu voir, d'alerte et elles ne viennent pas. »*

Lors des consultations sans rendez-vous, la pression de la salle d'attente peut être forte et peut avoir un impact sur le contenu de la consultation :

P13 : *« Si tu as dix personnes qui attendent derrière et que tu as un renouvellement de pilule et trois questions sur la pilule tu vas bâcler. »*

La durée des consultations varie de 15 à 30 minutes environ :

P12 : *« Toutes mes consultations durent 20min en moyenne depuis longtemps. »*

P14 : *« Tous les quart d'heure. »*

P7 : *« Ça dure une demi-heure en général. »*

Elle dépasse parfois ce temps pour les questions de contraception :

P11 : *« Des fois ça dépasse un peu 30 ou 40 parfois en gynéco. »*

Plusieurs médecins associent la contraception aux frottis et prévoient pour ces consultations un peu plus de temps afin de pouvoir faire les deux :

P16 : *« S'il y a un frottis les patientes doivent prévenir et à ce moment- là c'est 30 min. »*

Ce sont les seuls moments où le temps consacré à l'examen clinique a été évoqué.

3.4.2 Organisation de la consultation

Les consultations dédiées à la contraception où seul ce sujet est traité sont difficiles à mettre en place pour les médecins généralistes. Certains y arrivent pour faire le point sur la contraception ou pour la réalisation de gestes techniques. Le motif de consultation n'est pas toujours annoncé en avance et régulièrement les médecins disent faire face à une demande de renouvellement en fin de consultation.

3.4.2.1 La notion de temps :

La gestion de la contraception apparaît comme chronophage. Certains médecins ont dit ne pas avoir le temps de voir toute la contraception sur une consultation :

P2 : *« Je peux facilement prendre une consultation par demi-heure , bien... ça à l'air d'être beaucoup de temps puis en fait ça peut aussi passer très vite et me donner l'impression que je n'ai pas le temps de tout faire. »*

P13 : *« Un quart d'heure si c'est que sur la contraception, tu peux aborder pas mal de choses, peut-être pas tout dans les détails mais au moins poser les grands thèmes et tu reviens sur les autres choses plus tard. »*

3.4.2.2 Les consultations dédiées à la consultation

Lors de la discussion en groupe P21 avait trouvé difficile de les mettre en place parce qu'elles sont très chronophages et qu'il manque de temps dans son agenda.

Les raisons pour lesquelles les consultations sont dédiées à la contraception sont les suivantes :

- Le suivi gynécologique est assuré entièrement par le médecin généraliste : P14 : *« Certaines qui n'ont pas de souci médical, viennent me voir que pour la contraception, le frottis, le suivi gynéco. »*
- Lors d'un questionnaire à propos de la contraception : P3 : *« Elles veulent discuter de l'implant ou d'un autre mode, je vais les faire revenir pour qu'on ait le temps de discuter. »*
- Le médecin est consulté pour ses qualifications dans le domaine de la contraception : P17 : *« Ce sont des personnes qu'on m'adresse parce qu'on sait que je sais gérer les méthodes naturelles. »*
- Pour la réalisation d'un geste technique : P4 : *« Pareil pour le stérilet, s'il y a eu une consultation en amont au cours de laquelle on explique le stérilet, on montre etc. le jour où on le pose, ça ne prend pas plus de temps. »*
- Quelques médecins ont dit les provoquer : P4 : *« On essaie de séparer et on y arrive à peu près. »* ; P14 : *« Je leur dis on va reprendre rendez-vous. »*

Les consultations uniquement réservées à la contraception sont plus confortables :

P3 : *« Parfois il y en a qui viennent que pour ça donc là c'est plus facile. »*

Les gestes techniques

Les médecins réalisant des gestes techniques ont dit le faire au sein d'une consultation exclusivement réservée à ça. En effet, ces consultations peuvent être plus longues en cas de problème lors du geste :

P4 : « Ça ne prend pas plus de temps sauf si on a des soucis évidemment, cela peut arriver. »

Pour l'implant les difficultés exprimées sont surtout au moment du retrait. Le fait de devoir avoir à se procurer du matériel semble être un frein. Le cabinet doit s'organiser pour l'avoir et le financer :

P4 : « On commande des kits de retrait d'implant mais sinon, ce n'est pas plus long que 20 min en général. »

P16 : « Si tu les poses, il va falloir qu'on s'équipe pour que tu les retires et si tu les retires pour le coup il faut bien prévoir la consultation. »

P3 : « Après c'est vrai que c'est quand même 6 euros. » (A propos des kits de retrait)

Un des médecins reconnaît avoir mis du temps à trouver la bonne méthode pour les retirer :

P12 : « Ça freine pour le retirer, j'ai trouvé un truc pour le retirer, enfin j'ai compris, j'y arrive à peu près bien maintenant grâce au nexplanon maintenant heureusement. »

En cas de soucis pour le retirer, certains pensent qu'un plateau technique peut être nécessaire

Un des médecins a dû adresser sa patiente aux urgences :

P11 : « Il y en a, une fois je l'ai envoyée aux urgences parce que j'arrivais pas du tout à le retirer, il était vraiment très profond. »

P16 : « Si tu galères, tu n'as pas l'échographiste à côté qui peut trouver le truc. »

Pour les DIU les problèmes sont rencontrés au moment de la pose :

P4 : « Le jour où on le pose, ça ne prend pas plus de temps sauf si on a des soucis évidemment cela peut arriver. (...) J'ai une patiente qui a fait une endométrite après la pose, je m'en suis voulue. »

Certains éprouvent des difficultés au moment de franchir le col :

P3 : « Ce matin, j'ai eu un spasme du col, impossible de passer. »

Pour essayer d'éviter ça l'une d'entre eux utilise du spasfon et l'un d'entre eux du misoprostol :

P12 : « Alors mirena j'aime moins, il est moins facile à poser parce qu'il est un peu plus large, mais je donne toujours le truc magique qui est du misoprostol (cytotec®) deux dans les joues (comme une IVG quoi) une heure avant et puis deux au cabinet et même avec ça ce n'est pas toujours évident. »

Lors de la séance en groupe, un des freins à la pose du DIU semblait être l'absence de possibilité de contrôle immédiat du bon emplacement du dispositif.

Les consultations d'initiation à la contraception :

Elles semblent être à part, beaucoup de médecins en ont parlé spontanément.

Elles sont souvent dédiées à cet unique motif :

P6 : « *De temps en temps surtout pour la première prise de pilule.* »

P5 : « *Non, rarement, les seuls cas, je pense que c'est les cas d'initiation de pilule.* »

Ces consultations sont complexes et de nombreux sujets sont abordés :

P16 : « *C'est une consultation qui forcément entraîne un retard, ça c'est sûr.* »

P4 : « *Quand c'est la première fois qu'une jeune fille vient et qu'il faut tout expliquer, ça prend plus de temps.* »

Beaucoup de jeunes filles viennent avec des a priori, lors d'une première demande de contraception :

P16 : « *Première demande de contraception où souvent elles ne sont pas au courant qu'il y a d'autres modes de contraception qui sont possibles, beaucoup d'a priori.* »

L'interrogatoire est plus long, il faut éliminer les contre-indications :

P16 : « *Il y a les facteurs de risque et tous les machins.* »

En cas de prescription de pilule, pour certains il faut expliquer l'oubli et la prise de pilule du lendemain. Certains la prescrivent d'emblée sur l'ordonnance :

P4 : « *Je leur prescris pour la première fois la pilule, je leur mets la pilule du lendemain avec, en leur expliquant.* »

Un des médecins pense que la consultation dédiée ne sélectionne qu'une partie de la population :

P10 : « *C'est le luxe, la consultation dédiée, j'adore quand je peux la faire mais dans ce cas, on fait une énorme sélection de patientèle.* »

Une autre trouve que c'est rare puisqu'elle a une patientèle âgée :

P9 : « *Je trouve que les consultations dédiées qu'à la contraception pour moi c'est très rare.* »

Deux participants trouvent que c'est difficile à mettre en place du fait de leur statut de remplaçant :

P8 : « *Non ce n'est pas réalisable de faire des consultations pour ça.* »

3.4.2.3 Les multiples motifs de consultation dont la contraception

Nombreux sont les médecins à avoir abordé le sujet des demandes de renouvellement de pilule en fin de consultation :

P10 : « *Facilement, on a en fin de consult : - au fait ma pilule ?* »

Les médecins généralistes sont quotidiennement confrontés aux multiples demandes, la contraception en fait partie :

P10 : « *Comme on n'est pas gynéco, c'est en plus.* »

P4 : « *Comme on est généraliste, on a peur d'avoir des consultations avec 5 motifs dont la gynéco. »*

La difficulté est de savoir quelle réponse donner et quel sera le contenu de la consultation concernant ce renouvellement :

P13 : « *La pilule arrive derrière donc après, là tu ne reprends pas forcément tout parce que tu es à 3 minutes de la fin de la consultation.* »

La plupart du temps, les médecins demandent la date du dernier frottis :

P13 : « *De quand date le dernier frottis ? »*

S'il y a eu un bilan :

P15 : « *Prises de sang éventuellement de contrôle.* »

Certains médecins s'assurent que la pilule est le mode de contraception qui convient, qu'elle ne l'oublie pas et qu'elle est bien supportée :

P14 : « *Je leur demande si ça leur convient, je regarde quand est ce qu'elles ont fait leur dernier bilan.* »

P15 : « *Si je vois qu'il n'y a pas d'effets secondaires, je revérifie parfois les facteurs de risque.* »

En général toute demande de renouvellement pendant la consultation est satisfaite au moins pour une courte durée :

P12 : « *Donc je dépanne d'une boîte ou deux.* »

P14 : « *Je renouvelle pour un mois.* »

3.4.3 Coordination des soins

D'autres professionnels prennent en charge certains aspects de la contraception : les gynécologues, les pharmaciens et les infirmières scolaires.

Parfois, ils ont un correspondant gynécologue ou un service de gynécologie dans lesquels ils ont confiance :

P13 : *« Si on n'y arrive pas, on envoie chez le gynécologue, on a une position qui est assez confortable. »*

P9 : *« Ça j'aurais plus tendance à envoyer au gynéco »*

Certains expriment un désaccord avec les pratiques de leurs confrères :

P10 : *« J'ai peu d'estime pour nos confrères gynécos donc c'est à nous de la faire, la gynéco. Eux, ils ont prescrit des pilules de 3^{ème} génération et je ne sais pas bien à quoi ils servent. »*

P12 : *« Mon gynéco m'a dit : d'arrêter tout et puis on verra ça plus tard, pour le stérilet, revenez dans un mois pendant les prochaines règles,... ça les gynécos voilà... »*

Lors du programme DPC le problème des déserts médicaux et de la diminution du nombre de gynécologues a été soulevé.

Les autres acteurs du système de santé ont peu été évoqués :

- Un des médecins a pour correspondante une sage-femme pour la pose des DIU :
P11 : *« Une sage-femme, (...), qui a une spécialisation en gynéco. »*

- Les pharmaciens sont cités dans le cadre de l'oubli de pilule :

P17 : *« La pharmacienne tout simplement, si elles ne savent plus ce qu'elles doivent faire, si elles ont oublié leur pilule. »* P9 : *« Si je ne suis pas disponible, vous pouvez aller en pharmacie. »*

Un des médecins les a cités dans le cadre du renouvellement de pilule :

P12 : *« Maintenant avec une ordonnance d'une boîte ou d'une plaquette, le pharmacien peut donner combien ?, d'après ce que j'ai compris on peut aller facilement jusqu'à 6 mois si ce n'est un an. »*

- Un des médecins a parlé d'adresser au planning familial pour la contraception :

P2 : *« Soit à un centre de planning familial pour qu'on leur pose. »*

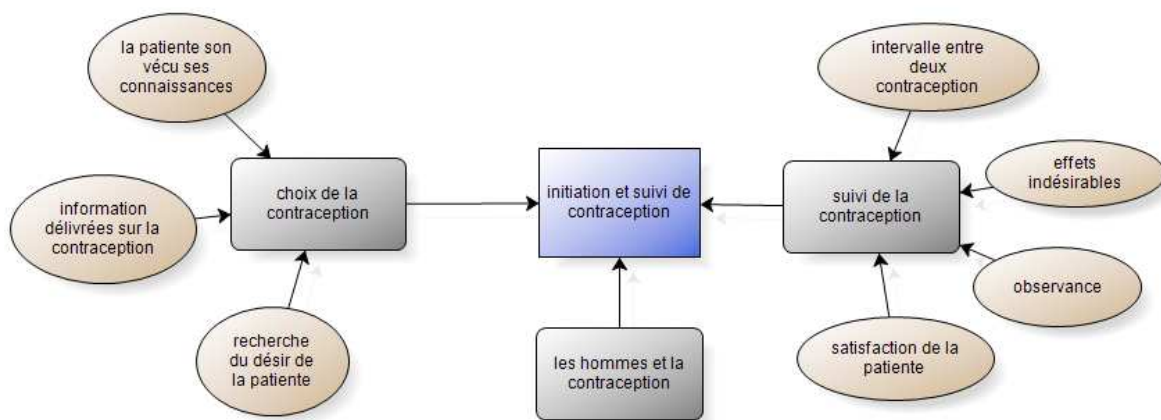
- Quant aux infirmiers aucun n'en a parlé.

3.5 Initiation et suivi de la contraception

La majeure partie des verbatims concerne le choix de la contraception.

De nombreux éléments sont pris en compte par les médecins et font la difficulté de cette initiation de traitement. En effet les facteurs qui déterminent le choix de la contraception sont nombreux.

Lors du suivi ont été spécifiés les effets indésirables, les problèmes d'observance et les difficultés dans la gestion de l'intervalle entre deux méthodes de contraception. Les résultats de cette catégorie sont représentés ci-dessous (schéma 3) :



3.5.1 Choix de la méthode contraceptive :

Lors du choix de la contraception, de nombreux facteurs entrent en jeu.

Chaque patiente a ses caractéristiques propres, elle est influencée par son histoire, ses croyances et parfois inconsciemment par un désir ambivalent de grossesse.

Le médecin tient compte de ces éléments et propose diverses méthodes en tenant compte du terrain de la patiente, du coût et de l'efficacité de chacune. Il lui arrive d'utiliser des supports explicatifs et d'aborder la physiologie de la femme. Le choix se fait en fonction de ces différents facteurs avec pour certains, la recherche du désir de la patiente.

3.5.1.1 Recueil des données de la patiente :

Difficultés liées à l'âge :

- Les adolescentes venant pour une demande de pilule ne sont pas toujours bien informées sur les autres moyens de contraception :

P15 : « Celles entre 15 et 20 où j'en vois peut être peu mais je pense que c'est là où ça peut poser le plus de problèmes. »

Chez elles, une des difficultés est la fertilité : P17 : « Comme elles ont une fertilité à fond les ballons, il y a certaines pilules qui ne sont pas adaptées pour elles. »

Et la présence des parents : P13 : « Des ados qui ne veulent pas trop parler ou bien qui viennent avec leurs parents, du coup tu ne peux pas poser toutes les questions que tu voudrais. »

P4 : « L'implant... en cachette des parents. »

- Peu de médecins ont parlé des problèmes avec les femmes de 25 à 45 ans. Leur problème principal semble être qu'elles ont peu de temps pour elles :

P4 : « C'est plutôt les mères de famille qui n'ont pas le temps, qui ont 35 ans en moyenne et qui ont plein d'enfants. »

- Les médecins ont décrit plus de problèmes en péri ménopause. Beaucoup de femmes ne se croient plus fertiles :

P17 : « Les femmes en péri ménopause qui se croient infertiles. »

P2 : « Des grossesses au-delà de 45 ans pour des femmes qui pensaient qu'elles ne pouvaient pas l'être. »

Les antécédents ou facteurs de risque sont plus nombreux :

P4 : « Là où je suis peut-être le plus en difficulté, c'est pour les femmes en pré- ménopause qui saignent beaucoup et qui n'aiment pas trop la progestérone. »

P9 : « Je reste encore beaucoup avec le micro progestatif alors que je sais que le stérilet serait plus...meilleur... »

Pour certains, c'est une tranche d'âge où l'avis du gynécologue est demandé :

P3 : « Ça j'aurais plus tendance à envoyer au gynéco. »

Malgré cela, quelques médecins pensent que :

P1 : « C'est plus une histoire de femmes qu'une histoire d'âge. »

P19 : « Je n'ai pas eu plus d'anxiété avec un âge qu'avec un autre. »

La barrière de la langue et le niveau socio culturel :

Ils jouent également un rôle dans la prise en charge et peuvent entraîner des problèmes :

P13 : « *Quand ils parlent pas du tout français, c'est quand même vraiment compliqué.* »

P19 : « *Moi je ne les comprends pas et elles ne me comprennent pas, on a notamment un cas où cela ne s'est pas bien passé et du coup cela a donné lieu à une IVG.* »

P9 : « *Puis les problèmes de langue, c'est sûr qu'on a des soucis.* »

La sexualité :

Elle a très peu été évoquée, l'un d'entre eux en a parlé dans le cadre du DIU et d'autres plutôt dans le cadre de l'absence d'activité sexuelle

P5 : « *Je ne le propose pas à celles qui ont une activité sexuelle un peu...qui ont plusieurs partenaires et qui ne sont pas dans un truc stable.* »

P16 : « *Mes amies qui n'ont pas de copains, je leur dis de ne pas prendre la pilule.* »

Parler de la sexualité semble compliqué

P10 : « *Parler plus de la sexualité : j'avais dit c'est vrai, ah ça non, je ne le fais pas tellement, c'est compliqué quoi... »*

L'un des médecins pense qu'on devrait aborder ce sujet au cours des consultations de contraception :

P2 : « *On pourrait plus s'occuper de la sexualité, on pourrait brancher la contraception sur la sexualité.* »

Les antécédents des patientes :

Ils sont perçus comme source de difficultés dans le choix de la contraception :

P11 : « *Je leur dis ce qu'elles peuvent recevoir, si elles peuvent avoir un stérilet ou bien la pilule.* »

P12 : « *Ce qui est chiant, c'est les contre-indications, il y en a qui ont de l'hypertension ou des migraines.* »

P13 : « *Quand il y a vraiment des contre-indications à certains types de contraceptif et que par exemple une patiente qui est très migraineuse chez qui on prescrirait plus des micro progestatifs et qui ne les supporte pas du tout.* »

Les connaissances des patientes :

Quelques médecins les recherchent :

P1 : « Je demande ce qu'elle sait (...), ce que j'ai appris, ce qui est important, c'est de lui avoir donné la possibilité de me donner ses représentations à elle, ce qui l'intéresse ou pas. »

P17 : « Vérifier que ce qu'elle utilise, un : elle sait comment ça fonctionne et deux : est ce qu'elle l'utilise correctement. »

Il arrive que les MG aient une représentation de ce que sait la patiente, différente de la réalité :

P14 : « Il y en a certaines qui en fait, elles n'ont rien compris, elles te disent quand je saigne, j'arrête, ça s'est souvent. »

Les médias et l'entourage donnent des informations aux patientes qui peuvent être anxiogènes ou entraîner un refus de telle ou telle contraception :

P16 : « On n'est pas toujours aidé par les médias (...) toutes les nanas, elles ont arrêté leur pilule de 3^{ème} génération. »

P4 : « Problèmes avec des femmes qui aimeraient bien mettre un stérilet mais qui en parlent à leur mari, ce qui a le don de m'énerver, et le mari n'est pas pour et du coup, elles ne le font pas (...) Ils ont peur de le sentir, que cela soit un hameçon qui pourrait crocheter le gland. »

Les gynécologues ont aussi une influence sur ce que savent les patientes de la contraception.

Leurs pratiques sont parfois divergentes de celles du médecin généraliste :

P12 : « On m'a dit que je prescrivais des pilules de grand-mère, ça m'a fait rire rétrospectivement et je maintiens ma position, c'est un gynéco qui a dit ça, donc je passais pour un connard ringard tout ce qu'on veut... »

P9 : « Toutes celles qui n'avaient pas arrêté parce que c'était le dermato ou la gynéco qui l'avait prescrit, tu vois donc on n'arrête pas quelque chose qui est prescrit par le spécialiste. »

Ils ont eux aussi leurs propres difficultés avec certaines contraceptions :

P11 : « Même les gynécos ont peur de poser des stérilets. Il y en a qui font des majorations énormes, il y en a qui n'aime pas du tout ça, j'en ai rencontré. »

La clause de conscience invoquée, va parfois à l'encontre du désir de la femme pour sa contraception, notamment dans le cadre de la stérilisation :

P14 : « Elles m'en parlent spontanément en me disant mon gynéco ne veut pas parce que je suis trop jeune. » P12 : « Même une nana de 25 ans a le droit d'y accéder, bon après il faut un chirurgien qui veut bien. »

3.5.1.2 Informations délivrées sur la contraception

Il semble difficile de proposer toutes les méthodes de contraception de manière objective.

P2 : « Je pense que la façon dont le médecin présente les différents moyens de contraception est extrêmement importante dans l'acceptation des femmes »

Certains, pour tout proposer, utilisent :

- un support papier :

P10 : « J'utilise beaucoup le petit document où il y a tous les types de contraception. »

- internet :

P5 : « Je prends « choisir ma contraception.com » et on en discute (se connecte en même temps) comme ça, j'essaie de ne pas en oublier. »

- ou encore du matériel :

P1 : « Pour choisir la contraception spontanément, je ne donne pas de support papier, par contre j'ai un exemplaire de tout et donc je mets sur la table. »

Donner une information complète sur ce qui existe est important pour certains notamment pour la stérilisation :

P10 : « Ce n'est pas parce que je leur dis, qu'elles vont le faire, mais qu'elles sachent que ça existe, je trouve que c'est vachement important. »

Certains prennent leur temps, pour parler des avantages et des inconvénients de chaque méthode :

P11 : « On discute ensemble mais parfois ça se fait sur plusieurs consultations. »

Plusieurs médecins adaptent leur proposition en fonction de la patiente :

P12 : « Je parle de vasectomie plutôt pour les couples de la quarantaine. »

P9 : « Mais je trouve qu'une femme qui n'a pas un niveau intellectuel très élevé, qui ne connaît pas trop son anatomie et tout ça, c'est plus facile de proposer un implant. »

Pour les oublieuses de pilule :

P14 : « je reprends tout le panel, la cerazette, les patchs, l'implant...celles-là je leur parle du stérilet.... Pour les nullipares un peu compliquées, le stérilet je trouve (...) les Essure® oui, aux multi oublieuses, multi IVG euse, au 8^{ème} enfant qu'elles ne voulaient pas oui, oui je leur en parle. »

P17 : « Il y en a une ou 2 que j'évite sauf si ça concerne des cas extrêmement particuliers. » (...) « Je ne suis pas forcément dans une situation où je propose. »

D'autres ne maîtrisent pas toutes les méthodes et vont proposer en priorité celles qu'ils connaissent le mieux :

P13 : « *La stérilisation jamais... pour moi on stérilise les biberons.* »

P15 : « *Comme différents modes de contraception, je leur parle de la pilule classique, œstro-progestative, du stérilet, de l'implanon, sachant que voilà après je leur explique différentes modalités et les risques plus ou moins de chacune et les effets secondaires surtout.* »

Plusieurs médecins ont signalé qu'il est difficile d'expliquer le cycle féminin et que les femmes ne connaissent pas toujours leur corps :

P11 : « *Parce qu'il y a beaucoup de femmes qui ne se connaissent pas et c'est difficile de leur expliquer comment ça fonctionne l'ovulation.* »

P15 : « *Je trouve ça difficile de leur enseigner vraiment ce que ça veut dire de prendre la pilule. Ça implique aussi ce que c'est que le cycle hormonal, l'ovulation, tout ça la plupart ne savent pas.* »

Le coût et le remboursement des moyens de contraception interviennent dans les arguments qui participent au choix :

P9 : « *Je trouve que c'est important qu'elles soient remboursées, je les privilégie déjà si c'est remboursé.* »

Les contraceptions œstro- progestatives non remboursées sont peu proposées à cause de leur coût :

P16 : « *C'est vrai que les patchs et l'anneau, c'est vraiment si... je leur en parle si on ne trouve pas de solution, ce n'est pas remboursé, ça coûte cher.* »

P14 : « *Alors le patch et l'anneau ne sont pas remboursés donc ça c'est un frein.* »

Certains prescrivent moins l'implant que le stérilet à cause de son coût :

P12 : « *L'implant 100 euros, c'est plus cher, c'est pour ça que je ne suis pas pro implant.* »

Les pilules de deuxième génération sont plus prescrites que les autres en partie parce qu'elles ne sont pas chères et bien remboursées :

P12 : « *Une boîte de minidril : c'est 2€39 et une boîte de 3 : c'est 5€ remboursés soit 1€70 par mois remboursé. Je ne veux pas entendre cette phrase : « la pilule coûte trop cher ». »*

P13 : « *Mettre des deuxièmes générations parce qu'elles sont remboursées et pas chères et que voilà.* »

P7 : « Ce n'est pas la peine de leur donner des pilules qui sont chères et qui ne seront plus remboursées. Même si elles sont aisées, tout à coup dépenser 35 euros pour une plaquette, ce n'est pas évident. »

Les participants ont plutôt tendance à favoriser les méthodes les plus efficaces et à moins parler des méthodes ayant un indice de Pearl élevé :

P4 : « C'est comme ça que je vends bien le stérilet, c'est en disant, en utilisation courante, c'est avec le stérilet que c'est le plus efficace. »

Un des médecins a l'habitude de prévenir ses patients que les préservatifs ne sont pas les méthodes les plus efficaces.

P5 : « Je parle quand même du taux d'échec du préservatif masculin parce qu'en contraception, ce n'est pas si bien que ça donc voilà j'en parle. »

Les méthodes naturelles ne sont pas toujours présentées. Certains considèrent que ce ne sont pas des méthodes de contraception à cause de leur moins bonne efficacité.

P15 : « Pas dans le cadre d'une consultation pour la contraception, non, puisque pour moi ce n'est pas une méthode. »

D'autres disent que ça existe :

P11 : « Je leur dis que ça existe, il y en a qui le font, qui connaissent déjà, qui le pratique mais je leur dis qu'il y a un indice de Pearl qui est élevé. »

Certains considèrent que c'est mieux que rien :

P1 : « Les tampons, c'est moins pire que rien, le gel, c'est moins pire que rien. »

3.5.1.3 Recherche du désir de la patiente

Plusieurs médecins ont exprimé le fait qu'ils veillent à ce que la contraception utilisée soit choisie par la patiente et l'accompagnent dans son choix quelques soient leurs pensées à ce sujet :

P1 : « Donc je suis beaucoup plus dans une stratégie de réduction de risque, que de zéro risque. »

P10 : « En fait ça m'a vachement aidé à accepter, à comprendre, et à fonctionner aussi avec des femmes qui font d'autres choix. »

P17 : « Mais plus à écouter et à savoir ce que la personne recherche et en fonction de ça mettre le nom qui correspond à ce qu'elle cherche. »

Pour eux, l'important c'est que la patiente ait :

P2 : « Une contraception qui lui convienne. »

Pour certaines patientes il est difficile de trouver une méthode qui convienne :

P2 : « *Je ne veux plus prendre d'hormones pour ça mais je ne veux pas prendre le stérilet parce que je ne veux pas avoir quelque chose voilà et puis les préservatifs ça ne va pas parce que le préservatif soit c'est lui ou c'est elle qui n'aime pas ça, comme s'il n'y avait rien qui convenait.* »

Des mots forts ont été employés :

P12 : « *refus de contraception* »

P11 « *désir ambivalent de grossesse* »

Il peut arriver qu'on se retrouve dans une impasse :

P12 : « *Celles qui ont tout essayé et pour lesquelles cela ne marche pas, qui sont authentiques et qui vraiment sont emmerdées quoi.* »

3.5.2 Le suivi de la contraception

Lors du suivi de la contraception, certains médecins s'assurent que la méthode actuelle convient :

P14 : « *Je leur demande si ça leur convient.* »

La tolérance, les effets indésirables et les problèmes d'observance sont parfois recherchés.

Les participants ont parlé des effets indésirables habituellement rencontrés pour chacune des méthodes de contraception.

- Pour les pilules les soucis rencontrés sont ceux attendus :

P19 : « *Elles ont des spotting ou des intolérances de type douleurs dans les seins ou des choses comme ça, des petits symptômes.* »

P4 : « *Voilà, acné, baisse de libido, ce sont les principaux trucs que je rencontre, je crois.* »

P6 : « *Les problèmes de dysménorrhée, de métrorragies.* »

Voir les phlébites :

P19 : « *Sous pilules de 3^{ème} génération primo prescrite par leur gynéco en général, et qui ont fait des phlébites.* »

Ils ont aussi évoqué les femmes qui disent ne pas supporter la pilule de manière générale :

P4 : « *Il y a les femmes qui ont du mal physiquement à avaler un comprimé.* »

Ou qui lui reprochent une prise de poids :

P16 : « *Je trouve forcément un peu gênant toutes les femmes qui viennent te voir en te disant j'ai pris la pilule et j'ai pris 5 kilos.* »

- Pour l'implant :

Un des problèmes principaux est la prise de poids :

P4 : « *Il y a la grosse prise de poids.* »

Le fait de ne pas avoir de règles est perturbant dans certaines cultures :

P15 : « *Chez les femmes du sud c'est quand même très difficile de ne pas avoir ses règles, c'est très mal vécu.* »

- Pour le DIU :

Les douleurs de règles :

P4 : « *Le supportent pas, qui ont des douleurs de règles en permanence.* »

L'abondance des règles:

P17 : « *Elles sont repassées sous pilule parce qu'elles saignaient trop.* »

L'un des médecins en retire à cause des fils :

P14 : « *Les fils peuvent être sensibles parce que pour beaucoup, c'est source de retrait.* »

Il arrive que les médecins s'assurent que la patiente n'ait pas de problème d'observance au moment du renouvellement et qu'elle sache quoi faire en cas d'oubli :

P1 : « *A chaque fois que je renouvelle une pilule, je suis censé demander à la femme combien de fois elle l'oublie par mois.* »

P16 : « *Quand c'est un renouvellement, je leur pose la question, est ce que vous l'oubliez, si la dame me dit je ne l'ai jamais oublié... bon, je vérifie qu'elles savent quoi faire.* »

Certains médecins expliquent l'importance de l'observance dès la première prescription et que faire en cas d'oubli :

P11 : « *C'est systématique, je leur donne la petite carte et puis on révise ensemble.* »

Ils utilisent parfois un support sur que faire en cas d'oubli :

Certains choisissent d'inscrire la pilule du lendemain sur l'ordonnance, d'autres ne le font pas :

P16 : « *Je leur explique et je l'écris sur l'ordonnance.* »

P11 : « *Comme ce n'est pas recommandé de prescrire une contraception d'urgence en systématique, je ne le fais pas.* »

P12 : « *On part du principe que ça ne va pas marcher dans le message qu'on envoie, on ne peut pas dire ça.* »

S'il arrive à la patiente d'oublier, certains médecins proposent qu'elles appellent :

P14 : « *Il ne faut pas hésiter à me solliciter pour voir ce qu'on peut faire.* »

P17 : « *Elles savent qu'elles peuvent toujours appeler soit aux horaires du secrétariat entre 8h et 20h, soit les centres d'urgence que je vais indiquer ou la pharmacienne tout simplement.* »

Un des médecins préfère ne pas parler de l'oubli :

P12 : *« Vous disiez comment je gère l'oubli, je dis aux femmes, prenez celle-là et puis ensuite prenez les à la queue leu leu, un truc comme ça quoi. Même le protocole simplifié, je l'ai lu, c'est inapplicable quoi. »*

Lors de la séance en groupe, la question s'était posée de savoir la conduite à tenir en cas de vomissements ou de diarrhées, spontanément aucun des membres du groupe n'avait su répondre. Il avait également été question de l'éducation thérapeutique, la question s'était posée de savoir si c'est aux MG de le faire.

L'intervalle entre deux méthodes de contraception est à risque, cela a été évoqué à plusieurs reprises.

P12 : *« Moi, quand je retire un implant, je le repose le même jour, et bien il y a des tas de gens qui disent revenez un autre jour et faites attention, ça je l'ai souvent, le gynéco m'a dit de faire attention...(...) Les femmes disent, je veux une ligature mais dans l'intervalle vous prenez quoi. »*

P11 : *« Donc son stérilet, elle l'a eu deux mois plus tard et elle a été obligée de reprendre une pilule entre temps. »*

3.5.3 Les hommes et la contraception

Peu de médecins parlent de la contraception avec les hommes. Le sujet quand il est abordé, l'est plutôt avec des jeunes :

P1 : *« C'est très fréquent avec les jeunes hommes, les ados. »*

P17 : *« Je vais l'aborder chez les adolescents, voire pré-activité sexuelle. »*

Ceux qui le font trouvent difficile d'être systématique :

P1 : *« C'est dans les questions systématiques que j'aimerais poser. »*

Certains n'y pensent pas :

« Je ne leur en parle jamais alors qu'ils sont concernés. »

Ou ne voient pas l'intérêt d'aborder ce sujet :

P6 : *« Ce n'est pas dans les mœurs. »*

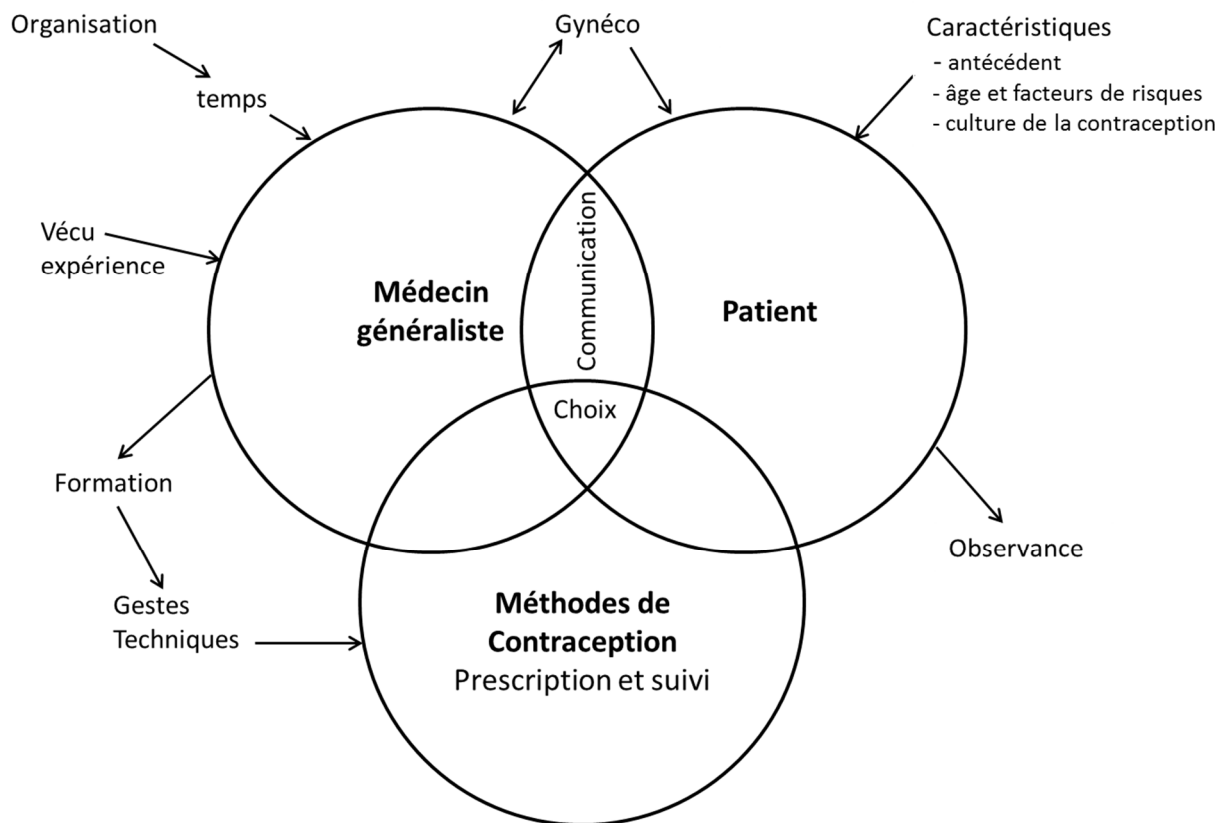
D'autres ne savent pas comment aborder le sujet :

P17 : *« Je ne sais pas comment le faire pour que cela ait un impact positif. »*

Un des médecins trouve P19 : *« Que le problème, c'est aussi le choix de la femme. Je trouve difficile de demander aux hommes ce qu'ils pensent de la contraception de leur femme. »*

3.6 Construction d'un modèle

L'analyse matricielle, réalisée avec l'aide du logiciel Nvivo10 a permis de construire un modèle. Certaines équations matricielles ont été réalisées en croisant les catégories entre elles, ou avec des codes ouverts ou avec les caractéristiques des participants. Le but est d'établir des associations entre certains codes et de donner un sens commun à l'analyse de l'ensemble des verbatim. Le modèle obtenu est reproduit ci-dessous (figure 4).



La prise en charge de la contraception est étroitement liée aux deux protagonistes que sont le médecin généraliste et la patiente unis par la communication faite à ce sujet. Le gynécologue est lui aussi acteur dans la prise en charge. La perception qu'ont les médecins généralistes des gynécologues est ambivalente.

De nombreux facteurs agissent sur le MG et influencent sa prise en charge. En effet son expérience de la contraception, sa formation et son organisation impactent la prise en charge. S'y ajoutent les difficultés selon les caractéristiques de la patiente (antécédents, âge, vécu, croyances).

Le mot « temps » fait partie des dix mots les plus fréquemment retrouvés dans le verbatim. L'encodage matriciel retrouve un lien entre le code temps et la catégorie organisation. Les médecins généralistes paraissent en effet limités dans le temps qu'ils peuvent consacrer à la contraception que ce soit au cours de la consultation (dédiée ou à multiples motifs) ou en terme de fréquence des consultations pour la contraception.

Lors de l'encodage matricielle, un lien fort est retrouvé entre les caractéristiques « DU de gynécologie » ou « Stage d'interne en gynécologie » versus « gestes techniques ». Il existe également une tendance entre « le vécu et l'expérience des patients » et « la prise en charge ».

4 Discussion

4.1. Reprise des principaux résultats et comparaison avec la littérature

4.1.1. Les caractéristiques et la formation du médecin généraliste

Les formations théoriques et pratiques initiales sont souvent perçues comme incomplètes. De plus, l'enquête montre que la facilité que le médecin aura à traiter le sujet de la contraception, découle de sa formation et de son expérience professionnelle.

La formation théorique initiale est jugée comme insuffisante par plusieurs médecins de l'enquête. La formation à la contraception du deuxième cycle décrit les différentes méthodes, les avantages et inconvénients de chacune et leurs principales indications. Dans les cours de deuxième cycle²⁴, il n'est pas toujours spécifié que plus la patiente est actrice du choix de sa contraception moins elle a de risque d'avoir une grossesse non prévue⁶. Si cet enseignement avait été fait aux médecins généralistes interrogés, leur manière de gérer la contraception aurait probablement été différente²⁵.

Au cours du troisième cycle, l'étude menée en 2013 auprès des internes de France par l'Inter-Syndicat National des Internes montre qu'ils ne sont pas satisfaits de la formation théorique. Ils ne peuvent pas toujours se rendre aux enseignements et un interne sur deux estime nécessaire de faire une formation complémentaire²⁶, ce qui confirme les données recueillies dans l'enquête.

La formation pratique initiale paraît essentielle pour la réalisation des gestes techniques au cabinet par les médecins généralistes. Certains départements de médecine générale s'efforcent de proposer à leurs internes à la fois un semestre en pédiatrie et un semestre en gynécologie au lieu de l'un ou l'autre. C'est le cas notamment à Rouen²⁷, l'idéal serait que l'ensemble des internes de médecine générale puissent avoir accès à ces deux stages.

Les formations complémentaires sont nombreuses, et les médecins sont soumis à une obligation de formation médicale continue²⁸. Chaque médecin choisit les domaines dans lesquels il souhaite se former. Cependant tous les médecins ne se forment pas.

D'après l'étude, il semble plus difficile d'aborder le sujet de la contraception avec des personnes de même génération et de sexe opposé surtout si l'on manque d'expérience. Le fait que la contraception soit directement en lien avec la sexualité peut éventuellement expliquer la gêne qui existe avec les personnes d'âge identique. Le fait d'avoir conscience de ce problème limiterait probablement l'effet de cette difficulté pendant la consultation.

La contraception est un des rares sujets pour lequel le médecin est consulté alors qu'il ne s'agit pas d'une pathologie à dépister, traiter ou prévenir. Le médecin est donc dans une position différente de sa position thérapeutique habituelle.

Il est évident que la culture qu'a le médecin généraliste de la contraception va influencer le cours de la consultation.

Le fait que les médecins interrogés parlent peu de leur propre vécu contraceptif rend bien compte du fait que c'est un sujet intime et difficile à aborder. La gêne de l'intervieweur, au moment de poser la question, peut expliquer en partie le fait d'avoir eu peu de réponses. Les réponses précises exprimées par les participants étaient données par des personnes proches de l'intervieweur. Avec ces personnes, un sujet tel que celui-là aurait pu être abordé lors d'une conversation amicale avec l'intervieweur. C'est probablement révélateur du fait que la contraception renvoie au mode de vie et à la sexualité, sujet intime qu'on n'a pas envie de dévoiler à un confrère.

De plus, les médecins ont des représentations socioculturelles de leurs patients qui ont un impact sur l'identification a priori des besoins contraceptifs. Un médecin qui imagine que le ou la patient (e) de 15 ans qui est en face de lui n'a pas de rapports sexuels n'abordera pas le sujet. Ces représentations peuvent donc influencer la décision du professionnel d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive¹⁸.

4.1.2 Les problèmes liés à l'organisation

Pour la contraception, plusieurs médecins de l'enquête ont reconnu avoir besoin de programmer des consultations plus longues, ou de convoquer la patiente au moins une autre fois pour disposer de plus de temps. La contraception demande donc beaucoup de temps lorsque l'on veut bien la prendre en charge. Quand on sait qu'une consultation en médecine générale dure en moyenne 16 minutes, on peut se poser la question de savoir si ces 16 minutes suffisent à réaliser une consultation de qualité quand il s'agit de contraception²⁹.

Les médecins participants réalisaient des consultations dédiées essentiellement pour les premières demandes de contraception, et lors de la réalisation des gestes techniques.

Cette première consultation dédiée à la contraception est recommandée par la HAS³⁰. Il semble pourtant que ce soit compliqué pour certains de la mettre en place. Cela peut s'expliquer par le fait que les patientes ne viennent pas pour un problème de santé. Dans ce cas, programmer un rendez-vous alors que leur agenda est déjà bien chargé n'est pas simple.

Un des médecins participants trouvait que la mise en place de consultations dédiées à la contraception sélectionnait une partie de la patientèle et que l'on risquait de passer à côté de certaines demandes si l'on n'initiait pas le sujet de la contraception. C'est notamment vrai chez les adolescentes. D'après une thèse de 2013, la plupart attendent que leur médecin aborde le sujet spontanément et ne souhaite pas forcément de consultation dédiée³¹.

Dans cette enquête, en cas de plages horaires de consultations sans rendez-vous, la « pression » de la salle d'attente semble influencer le contenu de la consultation. Cependant une étude réalisée en 2010 montre que le nombre de patients dans la salle d'attente et leur comportement n'affectent pas de la même manière les médecins en fonction de leur caractère³². On sait quand même que les consultations sans rendez-vous sont plus brèves que les consultations sur rendez-vous²⁹.

La gestion des appels téléphoniques et la prise de rendez-vous nécessitent beaucoup de temps et peuvent perturber le déroulement de la consultation. Il est apparu évident qu'avoir un secrétariat sur place est d'un confort maximal pour l'organisation et que ne pas avoir à répondre au téléphone favorise le bon déroulement de la consultation. C'est d'autant plus vrai lorsque la consultation aborde un sujet intime. Si l'emploi d'une secrétaire n'est pas possible à cause d'un manque de place ou de charges trop lourdes alors beaucoup ont recours au secrétariat à distance³³.

L'organisation au sein du système de soins n'est pas simple, le médecin généraliste a souvent des problèmes pour organiser la prise en charge avec des correspondants qui lui conviennent, une méconnaissance et une utilisation partielle du réseau existant pourrait être une explication.

Les désaccords entre les généralistes et les gynécologues sont peut-être dû au manque de formation de certains. D'où l'intérêt des leviers proposés par la HAS pour limiter les freins d'accès à la contraception¹⁸. Parmi eux : l'amélioration de la formation des médecins généralistes et des gynécologues permettrait une amélioration globale des pratiques en matière de contraception.

Le fait qu'un seul des participants ait cité les sages-femmes comme actrices de la prise en charge de la contraception est révélateur du fait qu'elles ne sont pas encore bien intégrées comme pouvant être référentes de celle-ci. Cette fonction des sages-femmes ne date que de 2009³⁴ ce qui peut expliquer qu'elle soit encore méconnue. Par ailleurs, toutes les sages-femmes ayant une pratique ambulatoire, ne proposent pas encore la prise en charge de la contraception.

Les infirmiers scolaires ou exerçant en ambulatoire n'ont pas du tout été évoqués. La question n'a pas été posée aux praticiens de savoir s'ils connaissaient les droits des infirmiers concernant la contraception. En effet, ceux-ci ont le droit de délivrer une contraception d'urgence lorsqu'ils exercent dans le milieu scolaire. Les infirmiers ont également le droit de renouveler une ordonnance de contraceptif oral datant de moins de 1 an pour une durée maximale de 6 mois³⁵.

Les pharmaciens ont également le droit de renouveler un contraceptif oral et de délivrer une contraception d'urgence³⁶. Cependant ils ont peu été cités.

Un seul médecin a dit faire appel aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) lorsqu'il a atteint ses limites dans le domaine de la contraception. Les autres n'en ont pas parlé. La littérature montre que la répartition des CPEF est inégale sur le territoire et que les structures sont variées et manquent de visibilité³⁷. Ceci peut expliquer le fait que les médecins généralistes ne pensent pas y avoir recourt.

4.1.3 Le choix de la contraception

4.1.3.1 Le recueil des données

Lors du choix de la méthode contraceptive, le médecin doit prendre en compte de nombreux facteurs. Il doit tenir compte de la patiente dans sa globalité : son âge, ses antécédents, son mode de vie, sa sexualité, ses représentations de la contraception... et proposer ensuite une ou plusieurs solutions. Ces consultations nécessitent de recueillir et donner beaucoup d'informations.

Certains participants pratiquaient des méthodes de *counseling* visant à conseiller et à accompagner la patiente dans sa démarche de choix. Ce n'était cependant pas le cas de l'ensemble des médecins de l'étude puisque certains évoquaient une relation où ils avaient plutôt une position de décideurs. Afin que la patiente participe au mieux au choix de sa méthode de contraception, il existe le modèle *BERCER*³⁸ de l'OMS recommandé par la HAS³⁰. Il a fait ses preuves et permet une meilleure connaissance et une meilleure utilisation des méthodes de contraception. Il consiste en plusieurs étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explication et Retour³⁸.

Le recueil des données, telles que les antécédents et les facteurs de risques, semblait bien maîtrisé par les médecins de l'enquête. En effet les médecins sont bien formés aux recherches de contre-indication à un traitement.

Par contre, peu de médecins ont évoqué le fait de rechercher les habitudes de vie de la patiente ou sa sexualité. Comme le précise la HAS³⁰, le sujet de la sexualité est difficile à aborder pour les médecins. De plus, la formation initiale et continue des médecins ne prévoit pas de sensibilisation à la prise en compte des représentations socio-culturelles qu'ils ont des couples dans leurs pratiques¹⁸.

Parmi les difficultés rencontrées par les médecins de l'enquête, ont été cités les problèmes pour amorcer la conversation sans brusquer le ou la consultant(e). C'est notamment vrai pour les adolescents. Quant aux patientes, elles peuvent trouver ces questions trop intimes et ne pas être à l'aise pour discuter de cela avec leur généraliste, c'est ce qu'une thèse a démontré en 2012³⁹.

Peu de médecins l'ont évoqué mais il est pourtant important que la patiente puisse exprimer ces attentes et ses connaissances³⁰. Elles peuvent effectivement être éloignées des représentations que se fait le médecin, et il est arrivé à quelques-uns des participants d'être surpris. La littérature confirme leur dire : encore beaucoup de jeunes n'imaginent pas un autre moyen de contraception que le préservatif ou la pilule et de nombreuses femmes, passé un certain âge ne se croient plus fertiles alors qu'elles ne sont pas ménopausées³⁰.

4.1.3.2 Méthodes proposées :

D'après les recommandations du National Institute of health and Clinical Excellence, afin de pouvoir choisir sa contraception, la femme doit recevoir une information complète à propos des méthodes qu'elle peut utiliser⁴⁰. Pour tendre vers cet objectif, certains utilisent des supports papiers ou internet tels que «www.choisirsacontraception.fr »⁹.

D'après l'INPES, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne⁴¹.

Dans l'enquête, les méthodes proposées sont variables. Certains essaient de tout proposer en étant le plus neutre possible. D'autres s'adaptent à leurs patientes et proposent ce qui leur semble le plus approprié, avec le risque d'une mauvaise interprétation des désirs de la consultante. D'autres encore semblent suivre le modèle contraceptif français. Diverses explications peuvent être données. D'une part, la formation des médecins, dont les connaissances théoriques deviennent vite obsolètes. D'autre part, il persiste encore beaucoup d'idées reçues et de démarches stéréotypées¹⁸. Du côté des consultants : le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein au choix d'une contraception adaptée.

L'enquête a montré que la culture qu'a le médecin de la contraception influence les propositions qu'il fait. Il a tendance à proposer de manière très positive un contraceptif dont il a une bonne expérience et à parler plus rapidement et négativement d'un contraceptif dont il a une mauvaise expérience. Il ne transmet donc pas une information objective. Par exemple, dans l'enquête plusieurs médecins avaient un mauvais « ressenti » à propos de l'implant. Il peut être expliqué par différentes raisons. Il n'est pas dans une cavité naturelle, on ne le retire pas aussi facilement qu'un DIU, il entraîne parfois une prise de poids, et c'est une technique plus récente et donc moins connue que de nombreux médecins généralistes ne maîtrisent pas. Cependant pour la prise de poids la littérature montre que pour les contraceptions uniquement progestatives la prise pondérale est de moins de 2 kilos dans les 6 à 12 mois⁴².

Parmi les éléments qui influencent les médecins généralistes, le coût des méthodes de contraception et leur remboursement sont essentiels pour certains, quel que soit le milieu socio culturel de la patiente. Ils ont d'ailleurs peu évoqué le patch et l'anneau vaginal qui ne sont pas remboursés. La HAS spécifie effectivement que les médecins généralistes prescrivent très peu de ces méthodes¹⁸. L'IGAS avait préconisé en 2009⁴³, que le remboursement des méthodes de contraception soit étendu à ces méthodes-là.

L'autre élément qui avait une forte influence sur les propositions des médecins était l'efficacité théorique de la méthode. La recherche de celle-ci peut s'avérer contre-productive si les besoins de la femme et de l'homme ne sont pas pris en compte. En effet, l'objectif est d'aider au choix d'une méthode qui soit la plus efficace possible dans leur contexte de vie.

Une autre difficulté évoquée par les participants est le fait que certaines consultantes soient confrontées à un refus de contraception définitive par un confrère, le motif invoqué étant la clause de conscience du gynécologue¹⁸. Et ce alors que la loi autorise toute personne à demander une contraception définitive⁴⁴.

Lors de la première prescription de la méthode choisie certains médecins expliquaient le fonctionnement de la méthode et quand il s'agissait de la pilule la conduite à tenir en cas d'oubli avec ou sans support papier. C'est effectivement ce qui est proposé par le modèle BERCER³⁰.

4.1.4 Le suivi de la contraception

Peu de consultantes viennent uniquement pour le suivi de la contraception. Bien souvent comme les médecins l'ont bien décrit, la demande de renouvellement arrive en fin de consultation, la difficulté principale étant donc de savoir quel contenu donner aux quelques minutes de la consultation restantes.

Certains médecins de l'étude ont spécifié demander à la femme sa satisfaction avant de renouveler la pilule, pas tous. En effet, il est plus facile de prescrire à nouveau une pilule sans se poser de questions. Cependant à chaque renouvellement, il est recommandé d'évaluer la satisfaction de la patiente³⁰. La littérature a démontré que plus l'adhésion au traitement est bonne, plus le patient est observant.

Au moment du renouvellement certains vérifiaient la tolérance et l'observance. Les problèmes de tolérance rencontrés par les médecins de l'étude sont sans surprise ceux connus et les plus fréquents. Cependant lors du recueil des données, deux médecins ont évoqués une cause de retrait de DIU moins fréquente, c'est à dire les retraits en cas de gêne voire blessure du partenaire à cause des fils. Effectivement il peut arriver en fonction de la longueur des fils que le partenaire les perçoive. S'ils sont gênants il est possible de les raccourcir à 3 cm du col⁴⁵.

Pour l'observance, l'oubli de pilule a été évoqué par tous les participants. Beaucoup de médecins vérifiaient l'absence d'oubli. Parmi eux certains allaient plus loin en vérifiant que la consultante savait quoi faire même si elle ne l'oubliait jamais. Quelques-uns utilisaient un support explicatif d'autres non. Beaucoup utilisaient le schéma proposé par la HAS³⁰ et donnaient ou pas la carte « que faire en cas d'oubli » de l'INPES⁴⁶.

L'intervalle entre deux modes de contraception semblait être une source de difficultés pour les femmes. C'est effectivement ce que montre la littérature⁴³.

Peu de médecins arrivaient ou pensaient à aborder le sujet de la contraception avec les hommes. Cela ne fait pas partie des habitudes de parler de ce sujet avec les hommes. On sait pourtant que lorsqu'ils sont associés au choix de la méthode cela favorise l'adhésion à la méthode et l'observance¹⁸. La difficulté est aussi de savoir comment et quand aborder le sujet.

4.2. Validité

4.2.1. Forces

Il n'existait pas encore d'étude sur les difficultés spécifiques aux médecins généralistes dans la prescription et le suivi de la contraception. Ce travail est donc le premier ce qui en fait toute son originalité. En étudiant les difficultés des médecins généralistes dans la prescription et le suivi de la contraception et par la construction du modèle, différentes sources de problèmes ont été identifiées. Par conséquent, des leviers pour l'amélioration de la pratique ont été mis en évidence.

L'échantillonnage sur l'ensemble de l'île de France, a permis, en partie, de respecter la recherche de la diversité.

Le choix d'une méthode qualitative avec l'utilisation d'entretiens semi-dirigés a permis la réalisation d'un travail très riche. Les données recueillies ont été très diversifiées et des thèmes inattendus ont été découverts en cours d'analyse.

L'analyse a été facilitée par l'utilisation du logiciel Nvivo10, il est un des atouts de cette étude.

Les critères de validation ont été respectés autant que possible :

- L'acceptation interne : l'enquête a été présentée aux praticiens puis, leur consentement a été recueilli avant de réaliser l'entretien. Les participants avaient accès au verbatim s'ils le souhaitaient.
- Validité: Les procédures utilisées ont été détaillées pour montrer la crédibilité de notre étude. Les retranscriptions écrites ont été ajoutées en annexe afin d'illustrer les résultats. La recherche d'une cohérence avec les données préexistantes de la littérature a été réalisée.
- Fidélité : Les méthodes ont été clairement expliquées afin que les données puissent être utilisables par un autre chercheur.

4.2.2. Faiblesses

Pour l'échantillon : dans une étude qualitative, il n'est pas représentatif de la population mais reflète au mieux sa diversité. Il aurait été toutefois préférable de pouvoir mieux répartir la population étudiée dans les catégories d'âge diverses.

Pour les entretiens : la capacité à appréhender certains thèmes touchant à l'intimité a été différente en fonction de la sensibilité de chacun.

Le développement de mécanisme de défense et la gêne de certains médecins lors des entretiens ont donc probablement fait obstacle au recueil de certaines données. De la même manière, la qualité de l'entretien est directement liée aux capacités relationnelles de l'enquêteur et à sa manière de conduire l'entretien. L'absence de formation préalable et le fait d'être novice ont pu biaiser l'étude. De plus, pour l'intervieweur, le fait d'interroger des pairs souvent plus âgés, a pu entraîner une gêne. Certaines questions maladroites ont pu écarter le médecin d'un thème qu'il aurait pu développer, entraînant alors une perte de données. De même, des questions plus ouvertes auraient permis de recueillir plus de données. Deux des entretiens ont été réalisés par téléphone et n'ont donc pas permis l'observation du langage corporel.

La saturation n'a peut-être pas été totalement obtenue puisque la discussion en groupe lors de la formation à la SFTG avait permis d'identifier plus précisément certaines problématiques. Pour l'analyse : la triangulation des données n'a pas pu être réalisée. Par conséquent la concordance entre les codages n'a pas pu être vérifiée.

4.2.3 Perspectives

Le même sujet pourrait être étudié avec une autre technique de recueil de données. Dans cette enquête il a été choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. Les résultats montrent que certaines données étaient plus approfondies lors de la discussion du programme de DPC notamment sur le thème de l'organisation. Il serait intéressant de voir quels sont les résultats obtenus lors d'entretiens collectifs (« focus groups »). En effet les interactions entre les participants peuvent faire émerger des opinions et des expériences⁴⁷.

La problématique du temps que demande la prescription et le suivi de la contraception par le médecin généraliste est importante. Le fait de dissocier le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus de la contraception pourrait être un gain de temps lorsque l'organisation d'une consultation plus longue n'est pas possible. L'éducation des différentes méthodes existantes, leur fonctionnement et les modalités d'utilisation pourraient être déléguées à d'autres professionnels de santé. Une enquête sur la faisabilité auprès des professionnels concernés pourrait enrichir la réflexion à ce sujet.

Dans l'étude, nous avons vu qu'il y a peu d'interactions entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé, hormis les gynécologues. La question se pose de savoir pourquoi le médecin généraliste ne s'appuie pas ou peu sur le réseau que constituent les sages-femmes, les pharmaciens et les infirmiers ? Est-ce par méconnaissance des fonctions de chacun ou par un manque de communication interprofessionnelle ? Probablement les deux, il aurait été intéressant d'approfondir cette question.

5 Conclusion

L'étude qualitative, réalisée auprès des médecins généralistes, a permis de mettre en lumière les nombreuses difficultés qu'ils rencontrent dans la prescription et le suivi de la contraception. Elle est la première à avoir exploré ce sujet en France, ce qui en fait toute son originalité.

De par leurs compétences, les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prise en charge de la contraception.

Cependant la prescription et le suivi de la contraception, avec une approche centrée sur le couple, demande du temps. Et, il est démontré que l'intervention médicale favorise un choix sur des critères d'efficacité théorique alors que les critères psychosociaux sont déterminants pour l'efficacité réelle⁴³.

Un des freins identifié par la HAS pour le choix de la contraception¹⁸ est que les conditions actuelles d'exercice se prêtent mal à la consultation de contraception. De plus, la relation médecin-patient est en cours d'évolution. Du médecin dominant, décideur, on en vient à une participation plus grande du patient pour les décisions concernant sa santé.

L'ensemble de ces éléments conduit à plusieurs pistes de réflexion qui pourraient permettre de diminuer les difficultés des médecins généralistes, tout en espérant améliorer la prise en charge de la contraception en remettant les couples au centre du choix de leur contraception:

- Une revalorisation de l'acte pour les consultations d'initiation de contraception comme c'est déjà le cas pour d'autres actes. Elle permettrait au médecin de pouvoir consacrer plus de temps à ce sujet.
- Une généralisation de la prise en charge pluridisciplinaire de l'initiation et du suivi de la contraception. C'est déjà ce qui se fait dans certains centres de planning familial, et dans certains services médicaux universitaires. La personne reçoit seule ou en groupe une information sur les différentes méthodes existantes et l'éducation nécessaire à propos de la méthode choisie. Elle est vue par le médecin ou la sage-femme essentiellement pour la partie technique : indication et contre-indication, examen clinique et réalisation du geste technique si besoin. On pourrait envisager cela au sein des nouveaux modes d'exercice que sont les pôles et les maisons de santé, ou dans les structures salariées telles que les centres de santé municipaux.

6 Bibliographie

- 1 Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, Nations-Unis, Beijing 4-15 sept 1995 ; disponible le 22/10/2014 sur :
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf>
- 2 Leridon H., Oustry P., Bajos N.. La médicalisation croissante de la contraception en France Population et société, n°381, juillet 2002
- 3 Bajos N. ; Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A.. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et société N°511 mai 2014
- 4 Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. INPES. 5 juin 2007 ; disponible le 22/10/2014 sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf
- 5 Bajos N.; Equipe COCON. « contraception : from accessibility to efficiency», Human Reproduction, Vol. 18, n°5, 2003
- 6 Bajos N., Oustry P., Leridon H., Bouyer J., Job-Spira N., Hassoun D.. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population, 59e année, n°3-4, 2004 pp. 479-502.
- 7 Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? INPES 2011. Disponible le 22/10/2014 sur:
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
- 8 Recommandations pour la pratique clinique : stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. ANAES décembre 2004 ; disponible le 22/10/2014 sur :
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
- 9 Tableau comparatif des différents moyens de contraception ; disponible le 22/10/2014 sur : www.choisirsacontraception.fr
- 10 Contraception pour une prescription adaptée. Direction générale de la santé. Mars 2005 ; disponible le 22/10/2014 sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
- 11 La contraception dans le monde ; INED janvier 2013 disponible le 22/10/2014 sur :
http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite_contraception_monde/
- 12 Renaud Ménière. De la connaissance du bon usage de la contraception : Apport de l'étude nationale epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale, 97p Thèse : médecine : Nancy : 2004

- 13 Code de la santé publique. Article L4151-1. Version en vigueur le 9 juillet 2011, disponible le 22/10/2014 sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892639&dateTexte>.
- 14 Guilbert E.; Robitaille J.; Les déterminants de la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec; institut national de santé publique du Québec juin 2013.
- 15 La démographie médicale à l'horizon 2020 Une réactualisation des projections à partir de 2002. DREES. N° 161 • mars 2002 ; disponible le 22/10/2014 sur : http://www.la-fps.fr/demographie_medicale_drees_par_region_nov_2004.pdf
- 16 La prise en charge des femmes françaises. gynécologie et santé des femmes ; CNGOF. 30 mai 2000 ; disponible le 22/10/2014 sur :
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
- 17 Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L.. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse. IGAS février 2010
- 18 Etats des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, HAS, avril 2013 Disponible le 22/10/2014 sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
- 19 Côte L., Turgeon J., Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale 2002; 3 (2): 81-90
- 20 Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours . revue médicale Suisse N° -503 ; 2004.
- 21 La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques, pp. 113-169 Première partie : Épistémologie et théorie. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur, 1997, 405 pp
- 22 Borgès Da Silva G. La recherche qualitative un autre principe d'action et de communication . Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 32 n° 2 / avril-juin 2001
- 23 The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research - Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss -Transaction Publishers, 30 août 2009 - 271 pages
- 24 item27 : contraception, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), 2010-2011 disponible le 22/10/2014 sur : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf

- 25 Rangs limites ECN 2014.ANEMF, sept 2014; disponible le 22/10/2014 sur:
http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf

- 26 Enquête nationale sur l'état de l'enseignement théorique des internes; ISNI-intersyndicat national des internes; Rapport Formation, ISNI mars 2014- Disponible le 22/10/2014 sur : http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_fiche/11932

- 27 DES de médecine générale Faculté de Médecine et Pharmacie de Rouen. Disponible le 22/10/2014 sur: <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/des-medecine-generale-258184.kjsp>

- 28 Code de la santé publique - Article L4133-1; version abrogé au 30/04/2012; disponible le 22/10/2014 sur:
[.http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00000668856&dateTexte=&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00000668856&dateTexte=&categorieLien=cid)

- 29 Breuil-Genier P. ; Goffette C. ; La durée des séances des médecins généralistes, Etudes et résultats, N°481, avril 2006

- 30 Fiches mémo Contraception chez l'homme et chez la femme; rapport d'élaboration ; HAS ; avril 2013

- 31 Mortain Virginie, Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? 102p , Thèse :médecine : sept 2013

- 32 Micheau J., Molière E., Sens P., L'emploi du temps des médecins libéraux, dossiers solidarité et santé, N°15 mars 2010

- 33 Jakoubovitch S. ; Les emplois du temps des médecins généralistes; DREES N°797, mars 2012.

- 34 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 86, version en vigueur le 22/10/2014 :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

- 35 Code de la santé publique - Article L5134-1 ; version en vigueur au 19 décembre 2009, disponible le 22/10/2014 sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892635&dateTexte>

- 36 Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien JORF n°0166 du 19 juillet 2012 page 11839 ; version en vigueur au 22/10/2014 :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=14C1D63AD2F7657588A0897AF2D3814E.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000026200416&dateTexte=20141022

- 37 Aubin C., Branchu C., Vieilleribière J.L., Les organismes de planification de conseil et d'éducation familiale : un bilan, rapport de l'IGAS, juin 2011
- 38 Rinehart W, Rudy S, Drennan M. Gather guide to counseling. Popul Rep J 1998;(48):1-31
- 39 Novès Valérie., Sexualité et Contraception: le point de vue des Adolescents Étude qualitative auprès de Collégiens et de Lycéens en Région Toulousaine, 145p, thèse : médecine : dec 2012
- 40 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. Long-acting reversible contraception the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. London: RCOG Press; 2005.
- 41 . Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repères pour votre pratique. Saint-Denis: INPES; 2013; disponible le 22/10/2014 sur:
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
- 42 . Lopez LM, Edelman A, Chen-MokM, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives : Effects on weight. Cochrane Database Syst Rev 2011;(4): CD008815. Review.
- 43 Aubin C. ; Jourdain Ménager D. : La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, rapport de l'IGAS, oct 2009
- 44 Loi N° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, chapitre III ; version en vigueur le 22/10/2014 :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=14C1D63AD2F7657588A0897AF2D3814E.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=20141022
- 45 Bluestone J., Chase E., Lu E.R., DIU directives pour les programmes de planification familiale, manuel de référence pour la résolution des problèmes. USAID, 2006
- 46 Carte que faire en cas d'oubli de pilule, INPES Disponible le 22/10/2014 sur :
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf>
- 47 Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecine générale. 2004 mars 15;18(645):382-4

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Guide d'entretien

(En gris les évolutions apportées à la suite des premiers entretiens)

L'entretien se fera sous forme de conversation, les différents thèmes seront abordés dans un ordre aléatoire.

Thèmes abordés :

- Comment cela se passe-t-il en pratique pour l'organisation du cabinet et des consultations ?
 - fréquence des consultations de contraception
 - consultations dédiées
 - durée des consultations adaptées ou non à la contraception
 - secrétariat
 -
- Quelles sont les patientes qui vous posent le plus problème ?
 - motif initial de consultation
 - leur problème avec la contraception
 - !compréhension des informations
 - quelles situations plus difficiles à gérer que les autres
 -et les hommes...et la contraception ?
 - Que pensez-vous du fait d'être un médecin homme
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées avec la contraception ?
 - Comment gérer effets indésirables
 - quels soucis sont plus spécifiques à l'âge
 - que pensez-vous des différentes méthodes de contraception, stérilisation et les méthodes mécaniques et naturelles
 - quelle est votre expérience des supports papiers
 - quelle est l'influence du vécu personnel de la contraception, des croyances
 - que pensez-vous de l'implanon et problème de poids
 - pilule du lendemain
- que pensez-vous de la formation initiale, qu'attendre des formations ?

7.2 Annexe 2 : entretiens

Entretien P8 27/05/2013

C : Le thème c'est les difficultés rencontrées par les médecins généralistes avec la contraception dans la prescription et dans le suivi, voilà, donc là tu es remplaçant c'est ça ?

P8 : oui et installé à la RATP, titulaire

C : Et titulaire à la RATP

P8 : Et principalement remplaçant d'ailleurs au niveau de la gynécologie, c'est principalement remplaçant

C : Oui à la RATP tu ne fais quasiment pas de gynéco, et quand tu es remplaçant tu remplaces plusieurs médecins ?

P8 : 3 doctresses depuis 6 ans et je vais bientôt les quitter pour peut-être m'installer

C : Bah super, très bien et donc tu en remplaces 3 dans le même cabinet ?

P8 : Oui 3 dans le même.

C : Et donc tu es remplaçant depuis 6 ans ?

P8 : 6 ans depuis 2006

C : 2006 très bien et tu fais des consultations sur rendez-vous ou sans rendez-vous ?

P8 : Toujours uniquement sur rendez-vous.

C : Que sur rendez-vous et tu as un secrétariat ?

P8 : Oui le matin.

C : Et l'après-midi c'est toi qui gère...

P8 : Oui, c'est moi qui décroche.

C : Oui d'accord et tu as l'impression que le fait... entre le matin et l'après-midi quand tu as des consultations de gynéco, le fait d'avoir un secrétariat ça change les choses ou ...

P8 : En général je suis mieux le matin mais bon, voilà, est ce que euh, pour la gynéco ni plus ni moins, c'est toujours mieux de pas décrocher le téléphone.

C : On est tous pareil, d'accord et tes consultations elles durent combien de temps en général ?

P8 : 20 minutes

C : 20 minutes et ça te semble être une durée satisfaisante pour tous ce qui est contraception ou...

P8 : Alors euh, le souci (interruption quelques secondes)... elles ne viennent jamais pour la contraception, toujours plus en plus.

C : Et tu as des consultations dédiées ou pas du coup ?

P8 : Non je ne l'ai pas fait, tu veux dire depuis la formation ?

C : Ou en général.

P8 : C'est arrivé une fois qu'elle vienne que pour ça.

C : Et la fois où c'est arrivé c'était une première contraception ?

P8 : Aucune idée, je ne m'en souviens pas, non c'était un changement

C : Un changement de contraception d'accord.

P8 : Mais c'est arrivé qu'une seule fois.

C : D'accord et justement le changement de contraception quand ça arrive ça te semble difficile à gérer ou est-ce que pour toi c'est quelque chose qui se fait tout seul ?

P8 : Alors paradoxalement, je ne suis pas du tout à l'aise en gynécologie, je n'aime pas du tout ça, heu je suis pas à l'aise vraiment et paradoxalement, tous ce qu'il y a eu sur la pilule et que ça montré que finalement il n'y avait pas tant de différence que ça et que les 3^{ème} générations qui me complexaient beaucoup parce que je ne les connaissais pas étaient nocives ça m'a rassuré dans l'idée de me maintenir sur des prescriptions simples, les 3 que je connais plus depuis la formation la leeloo que je ne connaissais pas. Donc je suis resté sur quelques choses de simple donc voilà. Donc finalement ça a eu un effet bénéfique sur moi la polémique. Et finalement ça m'a conforté dans l'idée que les vieilles pilules que je prescrivais n'étaient pas si mal que ça.

C : D'accord et quand il y a des effets indésirables sur ces pilules-là ?

P8 : Bah je mets la voisine.

C : Tu mets la voisine, d'accord.

P8 : Sans faire attention aux histoires de prix de machin, voilà, d'après ce qu'elle avait dit à la formation qu'il y avait quand même beaucoup de choses qui n'étaient quand même pas très rationnelles, voilà donc je change en disant ça ça va être mieux.

C : D'accord pour renforcer positivement, et est-ce que ça t'arrive de proposer autre chose que des pilules ou pas ?

P8 : Non, non ; non

C : Tu poses des stérilets ou des implanons ?

P8 : Non

C : D'accord vous faites pas de gestes, de frottis ou de choses comme ça au cabinet ?

P8 : Si, je suis remplaçant d'une doctresse, qui fait beaucoup de gynécologie, donc parfois ça me joue des tours, les patients savent que c'est elle et pas moi. Mais elle par contre elle pose des stérilets elle est très à l'aise en contraception etc...

C : Tu les orientes vers elle

P8 Oui ou directement, voilà

C : Donc elle pose des stérilets et euh Je ne sais plus où j'en étais...les patientes elle-même est ce que ça arrive qu'elles te posent problème ou que tu trouves qu'elles soient difficile à gérer ?

P8 : Faut pas qu'elles me posent trop de questions, ça veut dire que.... J'ai été embêté une fois avec une qui disait que elle fumait, elle avait 39 ans, la minidosée la faisait saigner, elle supportait pas les stérilets, elle voulait pas entendre parler d'opération sur les

trompes et donc j'étais embêté par rapport à l'oestro progestative et j'ai appelé le Dr Hassoun qu'on avait eu en formation et là elle a dit tu peux mettre, parce qu'elle avait pas trop de facteur de risque donc ça allait et là j'étais embêté parce que là elle cumulait, entre ce qu'elle ne supportait pas et ce que moi je ne pouvais pas donner, j'étais un peu embêté

C : D'accord et aussi sur l'oubli de pilule est ce que ça te semble difficile ou pas à gérer, ça t'arrive d'en parler avec elles ou ... ?

P8 : J'en parle pas.

C : T'en parle pas.

P8 : Parce que vu que je suis pas à l'aise je me dis si on m'appel, je me remettrai dans mon petit calepin mais je suis pas assez à l'aise pour ;... ouais non j'avoue que je fuis un peu. C'est-à-dire que vu que c'est un domaine qui ne me plaît pas trop, j'assume si on me demande mais je ne vais pas aller au devant de ... voilà.

C : Et ça t'arrive de faire des primo prescription, genre d'avoir une ados qui vienne te voir et te demande une contraception ?

P8 : oui

C : Et dans ce cas-là ?

P8 : Leeloo

C : Leeloo d'accord et tu parles de l'oubli justement à ce moment-là ?

P8 : Non

C : Non, tu as le droit hein...

P8 : C'est pas bien, je sais c'est pas bien...

C : Et est ça la question que je voulais te poser tout à l'heure, le fait d'être un homme tu penses que c'est un frein pour toi ?

P8 : Oui, je connais moins, ouais complètement !

C : Et dans ta vie personnelle tu as peut être eu toi ou ton entourage des questions femmes de ton entourage des questions sur la contraception. Est-ce que tu crois que ça a un impact sur ta prescription ?

P8 : Jamais, tu veux dire est ce que une histoire de contraception dans mon entourage féminin a pu influencer ?

C : oui

P8 : Non, non il n'y a pas eu, non il n'y a rien du tout... blanc... c'est juste heu... c'est pas tant la pilule qui me dérange c'est plus tout le reste ces histoires de diaphragmes, ces histoires d'anneaux, ces histoires de ... c'est pas très simple...

C : C'est pas simple, après le diaphragme, ce n'est pas hyper fréquent

P8 : Expliquer la dimension du col, on a appris que c'était... non, je connais mais je ne suis pas assez à l'aise pour l'expliquer.

C : D'accord et ta formation initiale tu penses qu'elle était suffisante ou pas ?

P8 : Non, non, non, il y a un gros souci... alors j'ai remarqué quand j'ai fait mes études que

les externes garçon, surtout les externes garçon et peut être aussi pour les internes, les femmes nous évitaient parce que en gros on était pas obligatoire, ce n'est pas obligatoire d'être examiné par un homme surtout quand il est externe et quand c'est un garçon ça a un peu au bout d'un moment bloqué ma progression.

C : Tu étais passé en gyneco ?

P8 : Oui, il y avait des patientes qui me faisaient sortir.

C : Oui donc forcément c'est un frein.

P8 : Donc pas très motivé plus refus des patientes ça crée un climat où je ne suis pas... c'est pas mon truc.

C : Et donc du coup tu as fait une formation complémentaire à la suite ?

P8 : Oui

C : à la SFTG.

P8 : SFTG voilà

C : Et tu as fait d'autres formation ailleurs, ou tu avais suivi d'autres...

P8 : Euh surtout par internet je lisais et par des discussions avec des collègues, j'avais suivi une fois une formation, c'était une soirée à Créteil, fin voilà.

C : Et tu as l'impression que tous ces moyens de formation que ce soit la SFTG ou les autres ça t'a permis de progresser quand même un petit peu ?

P8 : oui

C : De diminuer tes difficultés au quotidien ?

P8 : Oui, oui, ça m'a permis d'apprendre plusieurs choses, que par exemple il ne faut pas forcément attendre le début du cycle pour prescrire et que au bout de 7 jours on est contraceptif, enfin il y a une histoire comme ça.

C : Oui que la contraception est efficace.

P8 : Euh je balise moins sur le bilan, je me rends bien compte que ce n'est pas ça la priorité, ça m'a conforté dans l'idée que les nouvelles molécules que je ne connaissais pas elles étaient pas forcément très conseillée donc ça m'allait plutôt bien.

C : Oui

P8 : Heu quoi d'autre.

C : Oui donc ça a une quand même un impact bénéfique et qu'est-ce que tu penses qu'il aurait manqué qui aurait pu améliorer... parmi tes difficultés au quotidien qu'est-ce que tu penses qu'il manque dans ce genre de formation ?

P8 : Alors c'est tout bête mais j'aurai aimé euh. Plus de touché, c'est-à-dire qu'on est une espèce de pelvis en plastique avec l'explication de l'anneau, du nuvaring, quelque chose de concret avec une fausse patiente qui nous pose des questions. Des choses pratiques.

C : Pratique de mise en situation ?

P8 : De mise en situation.

C : D'accord.

P8 : J'étais vraiment content de la formation qu'on a eue à la SFTG

C : Oui, quand même, je regarde un peu s'il y a des questions que j'aurais pu, oui, sur les différentes méthodes de contraception on en a parlé, euh.... Et oui dans la gestion des effets indésirables, tu trouves que c'est compliqué au quotidien ou pas ?

P8 : Alors, je ... depuis qu'il y a eu l'affaire... alors ça c'est différent c'est ma collègue qui a ... il y a eu un décès sous varnoline, elle a été convoquée à Clermont Ferrand, heu... et en fait il y a eu une embolie pulmonaire, la patiente est décédée et donc elle elle avait renouvelé la prescription du gyneco. Et j'ai pris l'habitude de toujours marquer, pas de tabac, pas d'antécédent... je le mets à chaque consultation.

C : Oui ça c'est dans ta sécurité à toi et dans la sécurité des patients ?

P8 : Oui, j'ai pris des automatismes, après la récemment j'ai eu une patiente qui est sous 3^{ème} génération et je ne savais plus trop quelles étaient les recommandations maintenant je l'ai mise un mois et j'ai dit de revoir avec la gynécologue mais ça m'embêtait parce que je savais qu'il y avait eu polémique mais je ne me souvenais plus trop de si on devait les arrêter ou pas donc je suis resté un petit peu dans le doute

C : Dans le doute oui d'accord, ok, et tu en vois beaucoup, enfin tu m'as dit que tu voyais assez peu de contraception, tu en vois à quelle fréquence à peu près ?

P8 : Alors j'en vois assez peu que pour ça mais j'en vois souvent heu...en plus.

C : En renouvellement oui.

P8 : Allez on va dire que je dois faire par mois 5 renouvellements de pilule.

C : Oui donc c'est quand même pas mal, c'est au moins une fois par semaine.

P8 : Oui voilà une fois par semaine.

C : Oui bah c'est bien oui, ok et t'as l'impression qu'elles comprennent bien ce que tu leur expliques ou tu as l'impression qu'il y a une barrière entre, une distance entre... qu'elles comprennent pas toujours ce que tu expliques ou que ...

P8 : Bah expliquant peu au moins j'ai pas trop de problème.

C : Oui ou le peu que tu expliques.

P8 : Oui les histoires de maladie thrombo embolique ça demande du temps mais j'y arrive.

C : C'est à peu près quelle population la population ou tu travailles ?

P8 : Alors c'est une population mixte, on va dire... il y a du défavorisé parce que je suis à Noisiel donc il y a des patientes défavorisées souvent musulmanes, alors elles pas du tout

elles j'ai aucune demande de gynécologie de leurs part

C : Oui parce que tu es un homme.

P8 : Oui parce que je suis un homme on va dire j'ai une population classe moyenne, voilà, femme 2 enfants fin tu vois un truc assez classique là par contre ça ça m'arrive souvent.

C : Et elles tu as l'impression que voilà... il n'y a pas de langue étrangère ou de chose comme ça.

P8 : Non, non mais de toute façon c'est pas elle. Principalement langue étrangère ce sont des populations musulmane et et c'est pas les garçons qu'on va voir, j'ai pas de patiente d'Europe du nord parlant mal et qui va me demander une contraception, c'est quand même principalement des patientes musulmanes.

C : Et le jour où tu vas t'installer tu aurais envie de te mettre un peu plus à la gynéco ou tu penses que tu vas rester un peu sur le même mode ?

P8 : Non ça me branche vraiment pas.

C : Vraiment pas, tu feras pas de frottis et de chose comme ça ?

P8 : Non, je le dis je suis pas, je suis vraiment pas à l'aise, je suis pas à l'aise. Euh pourquoi, je crois savoir je pense que la gêne des patientes me gêne, donc voilà bah alors, j'ai pas envie de me lancer dans quelques choses

C : Oui tu as envie de t'intéresser à d'autres spécialités, d'accord, merci... il n'y a pas d'autres souci que je n'aurai pas évoqué auxquels tu penserais, comme ça spontanément, de difficultés que tu aurais avec ça.

P8 : Tu parles de la contraception ?

C : Oui, prescription et suivi ?

P8 : Non c'est pas réalisable de faire des consultations pour ça, en résumé je me sens plus à l'aise, c'est-à-dire que je panique moins face à la demande sans pour autant avoir pris l'assurance de quelqu'un qui va initier une consultation spécifique. Si je résumais la situation, par rapport à avant ou il y avait un stress maintenant je n'ai plus de stress parce que j'ai compris à peu près le fonctionnement des pilules et comment les prescrire et quoi prescrire donc je suis assez à l'aise pour répondre à une demande mais pas non plus assez à l'aise pour devancer les choses. Voilà si on voulait résumer.

C : Très bien bah, merci !

Entretien P14 27/05/2013

C : Donc c'est sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes avec la contraception dans le suivi et la prescription.

P14 : D'accord.

C : Donc toi tu fonctionnes sur consultation libre ou que sur rendez-vous ?

P14 : Je fonctionne sur rendez-vous et consultation libre pour les urgences et dans les urgences peuvent arriver les IVG, les IVG médicamenteuses.

C : Tu fais les IVG médicamenteuses ?

P14 : J'accepte de les voir en urgences si on est un peu juste des trucs comme ça pour qu'on soit pas bloqué dans les rendez-vous et quelques urgences gyneco type mycoses tampon coincé voilà.

C : Donc tu fais pas mal de gyneco ?

P14 : Je fais pas mal de gyneco.

C : T'en vois à peu près combien dans la semaine ?

P14 : De patient ou de gyneco ?

C : De gyneco ? Tu dirais en moyenne ?

P14 : 15, 20, purement gyneco, 15 20 .

C : Oui c'est bien, et du coup sur rendez-vous c'est tous les combien que tu vois tes patients.

P14 : Alors sur rendez-vous c'est tous les quart d'heure, les horaires c'est globalement 08h30 à 12h30 et 16h à 19h avec des variantes mais globalement c'est ça et les visites à domicile entre 14 et 16h.

C : Et tu as un secrétariat ?

P14 : J'ai un secrétariat, présent physiquement

C : ah oui ça c'est bien, et du coup tu n'as pas trop d'appels téléphoniques ?

P14 : Je n'ai aucun appel téléphonique sauf appel de médecins, pharmacies ou patients... mais de toute façon je les rappelle, ceux qui veulent me contacter.

C : D'accord, du coup tu n'es pas trop dérangée pendant les consultations, ça c'est hyper agréable, ton organisation du coup tu as l'impression que ça fonctionne bien.

P14 : ça fonctionne bien, il n'y a pas de souci.

C : OK et du coup, tes patients tu fais beaucoup de consultation de gynéco, tu fais des consultations dédiées, tu arrives à faire des consultations ?

P14 : Oui je fais des consultations dédiées, c'est-à-dire que quand elles viennent en général, il y a beaucoup de chose ou qu'elles me disent je n'ai pas fait le frottis ou autre... Je leur dit bah on va reprendre rendez-vous c'est vrai que une consultation générale plus un frottis c'est un peu long, donc certaines ne viennent que pour ça. Certaine qui n'ont pas de souci médical et viennent me voir que pour la contraception, le frottis, le suivi gyneco.

C : D'accord du coup tu arrives à faire des consultations dédiées.

P14 Oui vraiment ou on fait que ça.

C : D'accord et quand par exemple il y en a une qui vient et qui en fin de consultation te dis j'ai besoin de renouveler ma pilule ?

P14 : Quand je la connais déjà et que c'est un renouvellement tous les 3 mois il n'y a pas de souci, si je ne l'ai pas vu depuis un an et que c'est un renouvellement annuel parce que à l'année, dans ces cas-là si c'était un petit truc pas grave qu'elle avait... Enfin, on se repose pour en parler en général c'est des femmes jeunes donc elles viennent pas forcément pour des trucs très important pour la consultation médicale, donc la consultation médicale est en générale quand même assez courte pour ce genre de femme. Donc en général je leur demande si ça leur convient, je regarde quand est ce qu'elles ont fait leur dernier bilan aussi parce que ça c'est informatisé donc j'ai les antécédent des bilans sur l'ordinateur et je leur demande si elles ont fait leur frottis récemment.

C : D'accord et donc en fait en fin de consultation tu renouvelles vite fait ou tu leurs donne un rendez-vous ?

P14 : Quand c'est en fin de consultation, je leur repose toutes les questions si il y a une réponse négative genre non je n'ai pas fait de bilan depuis.... Ou heu, j'ai pas fait de frottis depuis 5 ans je leur redonne un rendez-vous. Si elles me disent oui mon dernier frottis vous me l'avez fait il y a un an et je regarde le bilan il est à 6 mois donc là je leur renouvelle.

C : OK donc pour toi ce n'est pas très problématique quand ça arrive qu'elles te ...

P14 : Non c'est pas très problématique, en fait j'ai un principe, je renouvelle toujours les contraceptifs quand elle me le demande. C'est-à-dire que je ne les laisse pas sans contraception en attendant le rendez-vous, c'est je renouvelle quand elles me le demandent même si elle me le demande par téléphone, je leur renouvelle en disant refixons un rendez-vous.

C : D'accord, pour une petite durée et puis...

P14 Voilà, en refixant un rendez-vous je renouvelle pour un mois, parce que je ne veux pas qu'elles aient des problèmes d'ivg ou des trucs comme ça donc ...

C : D'accord et du coup donc ça c'est les consultations dédiées et tu as une patientèle qui est plutôt de quel genre

P14 : Très mixte parce que j'ai repris la consultation d'un médecin homme de 76 ans donc forcément j'ai des patients assez âgés que lui avait suivi...et est arrivée une patientèle plus jeune parce que j'ai le DU de gynéco donc elles savent, j'ai suivi des grossesses, celles dont j'ai suivi des grossesses

ont fait venir des copines... et par la pédiatrie aussi comme je suis une jeune médecin j'ai pas mal de jeunes enfants et je vois les mamans après.

C : D'accord et c'est que des... est ce que tu as l'impression qu'il y en a avec qui il y a des problèmes de compréhension ?

P14 : Non parce qu'à l'Isle Adam on est très bourgeois, il n'y a pas d'étranger, quasiment pas, j'ai une patiente chinoise, et donc son mari vient avec elle parce qu'elle a des problèmes de ménopause et de fibrome.

C : Et donc lui fait la traduction ?

P14 : Tout à fait.

C : Donc tu en as très peu en fait qui ne comprennent pas ?

P14 : J'en ai pas quasiment, par rapport à saint Denis ou je travaillais avant je n'en ai pas.

C : T'en as pas d'accord, et les oublis de pilule ou des choses comme ça...

P14 : J'explique et j'ai une petite fiche.

C : Tu leurs remets une fiche ?

P14 : Oui et il y a mon e-mail sur l'ordonnance, je leur dis en cas de problème vous m'envoyez un e-mail.

C : Et ça arrive souvent qu'elles te recontactent ?

P14 : Oui les e-mails ça marche bien.

C : Ça marche bien, oui, tu as l'impression que ça a été plutôt positif de mettre en place ça ?

P14 : Oui parce que c'est plus simple qu'un secrétariat téléphonique ou je rappelle etc... là elles m'e-mail et je réponds dans la journée donc c'est vrai.

C : D'accord et sur les oublis du coup, tu leur prescris ou pas la contraception d'urgence ?

P14 : Je leur en parle toujours, je leur en parle, certaine n'en veulent pas et celles qui veulent je leur prescris, je leur propose toujours de leur prescrire.

C : Et quand tu fais par mail, tu envoies aussi des ordonnance par mail.

P14 : Non, je réponds à leur demande des trucs comme ça et je leur fixe des rendez-vous rapidement s'il y a besoin, mais je ne fais pas d'ordonnance par mail parce qu'après c'est un peu la porte ouverte.

C : D'accord et donc ok, ça c'est en termes d'organisation et est-ce que tu as l'impression que ta formation a été suffisante ?

P14 : Oui parce que j'ai passé mon DU de gynécologie médicale à Tenon en plus et que j'ai fait six mois de gynécologie. (interruption qq secondes)

C : Oui donc ta formation de DU ?

P14 : Oui et comme je suis adhérente au réseau RHEVO, j'ai une formation en plus pour les IVG, je peux avoir une formation un peu plus continue, sur des points de contraception, des trucs comme ça.

C : D'accord et tu poses des implants et des stérilets ou pas ?

P14 : Je pose des implants, beaucoup, des stérilets un peu moins, parce que c'est souvent des consultations un peu difficile ou elles nous disent, j'ai vu mon gynéco et elle a mis $\frac{3}{4}$ heures à me le poser ou j'ai l'utérus rétro versé, enfin celles qui m'en ont parlé, en général c'est des trucs... ou alors je suis nullipare. Dans ces cas-là je ne tiens pas forcément à me mettre dans une situation impossible, j'en enlève beaucoup, c'est un geste à faire dans l'urgence parce qu'elle saigne... J'en enlève pas mal, j'en pose moins, j'ai dû en poser 2. Des implants j'en pose beaucoup, j'en pose 2 fois par semaine.

C : oui c'est pas mal !

P14 : Et j'en retire aussi, enfin, je fais les 2

C : Et ça ne te pose pas de problème de les poser parce que tu les retires ?

P14 : Oui aucun problème.

C : Et les stérilets du coup, même si tu n'en as pas posé beaucoup, ça t'arrive souvent de proposer quand tu as une consultation pour la contraception ?

P14 : Oui, je leur propose quitte à les adresser ailleurs c'est pas un problème, mais j'en propose, c'est vrai que je propose pas mal d'implants parce que le stérilet est une contraception qui est connu, ça fait partie des contraceptions auxquelles les femmes pensent, l'implant je pense moins, c'est vrai que beaucoup me parle de stérilet en me disant j'oubli je voudrais un stérilet et dans ces cas-là je leur dis, est ce que, vous avez pensé à l'implant ? C'est pas spécialement que je veux leur vendre l'implant mais elles ont une information parcellaire en fait en disant j'oubli donc j'ai besoin d'un stérilet. Donc je leur dis non, si vous oubliez, il y a d'autres solution, il y a les patchs, il y a les anneaux. Alors le patch et l'anneau ne sont pas remboursé donc ça c'est un frein, mais c'est vrai que l'implant étant remboursé pas mal de celle qui viennent en disant je voudrais un stérilet en fait repartent avec un implant.

C : Et tu as l'impression que c'est parce que elles ne connaissent pas et pas seulement parce que tu les influences ?

P14 : Non non il y en a beaucoup c'est parce qu'elles ne connaissent pas ; certaines ont eu des copines à qui on a posé l'implant et qui leur ont dit oui, j'ai pris 15 kilos, des trucs comme ça, donc on l'avait retiré, et c'est vrai que quand tu leur réexpliques, parce que certaine viennent en disant je voudrais le stérilet qui donne pas de règles, mais pas l'implant, voilà donc en reprenant l'information des fois tu tombes sur des trucs parce que le stérilet c'est vrai que quand je les informe que stérilet hormonal, stérilet au cuivre, hormonal

pas de règles mais même embêtement que l'implant et donc prise de poids possible et stérilet au cuivre par contre les saignements peuvent être un peu plus importants ce qui est vrai. Dans les 2 cas je les préviens que les fils peuvent être sensible parce que pour beaucoup c'est source de retrait moi j'en ai enlevé beaucoup parce que le partenaire sentait les fils. Il y en a un il s'est même fait mal. Des fois pour récupérer le stérilet tu batailles, hein ...

C : Et du coup tu as des correspondant à qui tu peux adresser une nullipare ?

P14 : La clinique à coté, sans problème, ils ont des délais de rendez-vous assez honnêtes et des gyneco qui sont meilleurs au niveau technique mais qui ont 2 à 3 mois de délai de rendez-vous donc je les envoie pas juste pour un stérilet c'est assez simple, la clinique à coté, ils font ça à la chaîne, en 2 à 3 semaines tu as rendez-vous donc ...

C : Et tu trouves, alors tu as une formation qui est quand même très complète mais tu trouves qu'il y a des patientes qui posent problème parce que elles sont compliquées ?

P14 : Oui alors j'ai un ou 2 utérus distilbène donc ça c'est une peu... J'ai dû me former, parce que c'est vrai que c'est pas de ma génération parce que c'est un utérus bis, je me demandais un peu comment on faisait et notamment on a besoin d'un frottis non seulement cervico vaginal mais du vagin et annuel donc ça je savais pas, donc OK je le fais j'ai une patiente qui a un utérus bicorné et bon là elle est enceinte donc j'aurai pas, elle tu vois son utérus bicorné clairement je ne lui poserai jamais de stérilet, le problème va se régler tout seul. Donc 2 à 3 patientes un peu compliquées et puis j'ai des maladies de système, des polyarthrites sous lutéran, sous lutéran aux longs courts donc ça c'est pas moi qui ai...

C : Instauré le traitement ?

P14 : Ça c'est fait en fait avec leur médecin interniste.

C : Et quand il y a des effets secondaires sous pilule ?

P14 : Alors c'est pas forcément un effet secondaire, prendre du poids n'est pas forcément un effet secondaire.

C : Oui non mais, je ne sais pas des métrorragies, des choses comme ça tu changes et ça te pose pas de problème, tu n'as pas l'impression ...

P14 : Non, non

C : Et la formation universitaire avant le DU elle te semblait suffisante ou pas ?

P14 : Elle ne me semblait pas suffisante en tout cas pour ce qui est stérilet et implanon, contraception sous pilule possible et encore je trouve que les progestatifs type cerazette on

en parle pas beaucoup, on parle surtout de l'oestrogestatif, donc non la formation est un peu juste.

C : D'accord et donc les patientes, elles ne te posent pas tant de problème que ça et toi tu as l'impression que ton vécu de la contraception sur un plan plus personnel ?

P14 : Alors, mon vécu est très simple, tout droit, il m'est arrivé de changer de pilule par erreur et de ne pas me prescrire la bonne, je ne m'en suis même pas rendu compte. Je ne l'oublie pas et je la prends en continu moi, je me fais un schéma sans règles alors j'aime beaucoup ce schéma donc il m'est arrivé de le proposer. Les personnes n'aiment pas.

C : Bah il y en a qui veulent avoir leurs règles.

P14 : J'en ai proposé à plein en disant..

C : pour cause d'oubli ou parce que...

P14 : Non pour le coup il y en a certaines qui disaient que les règles ne tombent pas forcément bien, ou bien les migraines cataméniales, j'ai proposé aussi et bien ça ne plait pas. En général celles qui sont arrivées au schéma continu y sont arrivées d'elles même mais pas sur conseil médical.

C : Et du coup ça a un peu influencé ta prescription ou pas ?

P14 : Bah non parce que comme je vois que ça répond pas en face je le propose de moins en moins, avant je le proposais beaucoup, ça m'influencait, je trouvais ça génial, comme je vois que les gens aime bien avoir leurs règles... Si ça a un impact dans le sens ou comme moi ça a été très facile de trouver une pilule je vois pas pourquoi ce serait difficile pour les autres, j'entends leur difficultés, mais il y en a certaines quand même tu as l'impression que c'est assez Quand elles te disent que toutes les pilules les font grossir.

C : Tu te dis qu'il y a un problème avec la pilule en général ?

P14 : Oui certaines elles ont un problème de ressenti avec la pilule. Souvent certaines ados.... Un peu cucul qui vont en Belgique... tu vois ce que je veux dire...

C : Et dans ce cas-là tu leurs proposes quoi ?

P14 : Je reprends tout le panel, la cerazette, les patchs, l'implant...celles-là je leur parle du stérilet.... Pour les nullipare un peu compliquée le stérilet je trouve que c'est un peu la course à l'échec. Souvent.... J'en ai conseillé et elles ne l'ont pas supporté, de mon expérience personnelle faut qu'elle soit assez simple pour supporter un stérilet, les nulli faut qu'elles soient assez simple pour supporter un stérilet, faut pas qu'elle soit trop doudouille, faut pas qu'elles se plaignent trop mal au ventre pendant les règles, certaines se plaignent déjà d'avoir mal au ventre avec la pilule si je leur propose le stérilet... tu leurs proposes mais tu les préviens que ça sera pire.

C : Et tu as l'impression que ton expérience pour les IVG, tu as l'impression que ça a un impact aussi sur ta manière de parler de l'oubli... ou...

P14 : Oui ça a un impact parce que par exemple je refuse jamais une prescription de pilule même si elle ne peut pas venir, même si elle... enfin, je prescris toujours une pilule, on se débrouillera après pour le rattrapage, le rendez-vous et trucs comme ça. Je pense que je ne ferai pas d'IVG, je serai moins... Je me dirais il faut qu'elles s'organisent.

C : Et tu as l'impression, parce que les IVG j' imagine qu'il y en a beaucoup liées à l'oubli de pilule ?

P14 : Oui il y en a ou des gens qui n'avaient pas de contraception ou une contraception occasionnelle on va dire.

C : Et du coup sur l'oubli de pilule tu as l'impression que tu insistes plus ?

P14 : Oui je leur en parle effectivement, je leur dit si vous oubliez il faut pas hésiter à me solliciter pour voir ce qu'on peut faire, je leur dit surtout si vous oubliez au début.

C : A la première prise ?

P14 : Vraiment le premier comprimé faut y penser, si vous oubliez tout le temps le premier comprimé, faut la prendre en continu, j'insiste.

C : Et tu vérifies qu'elles ont compris ou pas l'oubli ?

P14 : Oui alors je vérifie qu'elles ont compris comment fonctionne la pilule, il y en a certaine qui en fait elles ont rien compris, elles te disent quand je saigne j'arrête, ça s'est souvent.

C : Ou je reprends après avoir fini de saigner...

P14 : Oui c'est ça ou je reprends quand j'ai fini, non, non, pour l'oubli oui, je vérifie aussi qu'elles savent que quand elles sont mineures c'est gratuit et sans ordonnance et que quand elles sont majeur c'est sans ordonnance aussi, je leur dit, je les informe, vous pouvez l'avoir à la pharmacie sans ordonnance mais ce sera payant donc si vous voulez une ordonnance contactez moi.

C : Je regarde si je n'ai pas oublié des petites... On a parlé de pas mal de chose, ah oui je t'ai pas demandé parce que je sais à peu près, ça fait 2 ans que tu es installée c'est ça ?

P14 : Un an et demi.

C : Tu es à l'Isle Adam et vous êtes combien de médecins ?

P14 : 5 médecins et à ma connaissance je suis la seule à faire vraiment de la gynécologie, il y a une femme jeune de 45 ans qui fait des renouvellements de pilule mais pour les trucs gynécologiques un peu plus compliqué, elle me les envoie.

C : Oui c'est toi qui fait la gyneco un peu plus compliquée, tu ne vois pas d'autres soucis que tu aurais avec la contraception au quotidien, si tu avais un truc principal à dire, un qui pose le plus problème à dire ?

P14 : Qu'est ce qui pose le plus problème ?

C : C'est un peu dur comme question...

P14 : Ah si ce qui me pose le plus problème c'est l'attitude des gynécologues avec les femmes de 40 ans sous pilules ils leurs arrêtent tout et ils leur proposent des trucs allant jusqu'à l'hystérectomie, c'est le problème de la clinique c'est qu'ils ont le bistouri entre les dents donc ... 40 ans fumeuse, ou même pas fumeuse, d'ailleurs.

C : Ils ne proposent pas les ligatures de trompes ?

P14 : les Essure, non...ils proposent mais assez peu mais par contre ils leurs donnent Même des femmes qui étaient contente de leur pilule c'est-à-dire qu'elles ne demandaient rien à personne, ils leurs disent votre pilule c'est plus possible parce que vous êtes trop vieilles, parce que qu'il y a trop de risque, enfin voilà ça ça m'embête parce que je suis en porte à faux avec le gynéco, je n'ai pas de souci avec une femme de 40 ans non fumeuse qui prend la pilule, elle va la continuer jusqu'à la fin de ses jours, enfin, jusqu'à sa ménopause

C : Oui et les Essure ils en posent pas ?

P14 : A l'hôpital ils le proposent et ils en posent à la clinique ils le font encore à l'ancienne avec des clips

C : Et toi ça t'arrive d'en proposer ?

P14 : Les Essure oui, aux multi oublieuses, multi IVG euse, au 8^{ème} enfant qu'elle voulaient pas oui, oui je leur en parle, ou des fois elles m'en parlent spontanément en me disant mon gynéco ne veut pas parce que je suis trop jeunes. Elles ont pas le droit de décider, c'est leur gynéco qui dit non.

C : OK

Entretien P11 16/05/2014

CG : Vous fonctionnez uniquement sur rendez-vous ?

P11 : Oui

CG : Et vous avez un secrétariat ?

P11 : Oui, c'est une plateforme téléphonique, un secrétariat à distance qui me laisse des messages, et le mardi, je ne fais que de la gynéco.

CG : D'accord et du coup j'imagine que vous faites des consultations dédiées à la contraception ?

P11 : Le mardi, parce qu'elles ont l'habitude de mettre des RDV pour une demande de gynéco, le mardi, et puis autrement il y a des femmes qui viennent d'autre jour de la semaine pour un début de pilule ou pour un renouvellement, donc là je les reçois en semaine.

CG : D'accord et vos consultations durent combien de temps ?

P11 : 20min,

CG : Le mardi comme les autres jours ?

P11 : Oui des fois ça dépasse un peu 30 ou 40 parfois en gynéco.

CG : D'accord et ça fait combien de temps que vous êtes installée ?

P11 : 5 ans

CG : Ici ou de manière générale ?

P11 : Avant j'ai remplacé pendant 10 ans en province.

CG : En province d'accord et donc quelles sont les patientes qui vous posent le plus problème ?

P11 : Quand elles ne supportent pas une pilule, quand elles ont des effets indésirables qui ne sont pas toujours dans la notice de la pilule, voilà quand on change souvent de pilule. Et puis leur indécision, elles demandent des renseignements pour un changement et puis en fait elles ont déjà leur choix mais elles ne le disent pas, en fait c'est qu'elles n'en veulent pas mais elles se renseignent. Et puis la difficulté, je n'en rencontre pas tellement en fait parce que moi je leur fais un interrogatoire systématique sur toutes les contre-indications, une fois que j'ai fait l'interrogatoire, je vois si je peux leur prescrire ou pas et après je leur dis ce qu'elles peuvent recevoir, si elles peuvent avoir un stérilet ou bien si la pilule est contre indiquée ou pas, après on choisit ensemble, on discute ensemble mais parfois ça se fait sur plusieurs consultations.

CG : Elles n'ont pas forcément une ordonnance de l'un ou de l'autre en sortant ?

P11 : Oui, ça peut se faire sur plusieurs consultations, parfois elles viennent juste pour se renseigner.

CG : Et quand vous avez des effets indésirables qu'est ce qui revient le plus fréquemment ?

P11 : C'est le poids, les boutons, le gonflement les saignements et puis c'est juste « je ne la supporte pas »

CG : Et du coup pour vous, c'est un problème de passer de l'une à l'autre ou ça vous semble simple parce que vous les maîtrisez assez bien ?

P11 : Non je ne les maîtrise pas bien, je trouve que c'est facile maintenant pour prescrire parce que déjà je ne leur donne que des 2ème génération, remboursées de préférence, 28 ou 21 jours et puis c'est tout et je ne leur donne pas de 3ème et 4ème génération, donc le choix est vite restreint voilà.

CG : Et vous posez des stérilets ?

P11 : Alors je n'en pose pas et je les adresse à un cabinet où il y a une sage-femme et un gynéco et là je me forme le 24 mai sur une journée entière « comment poser les stérilets », mais ce n'est pas dit que je les pose. Pour l'implanon, je les pose mais avec beaucoup de déceptions parce qu'elles reviennent 3 mois plus tard pour se les faire retirer. En même temps, j'ai quand même beaucoup de petites jeunes qui viennent pour réclamer la pilule mais les femmes plus âgées, elles demandent la pilule ou un stérilet mais la contraception ce n'est pas.... Il y a quand même beaucoup de femmes qui n'en ont pas.

CG : D'accord et du coup, elles utilisent les méthodes naturelles pour réguler les naissances ?

P11 : Oui

CG : Et comment vous les gérez ?

P11 : Il y en a beaucoup qui utilisent les préservatifs.

CG : Et la méthode de la glaire ou du retrait ?

P11 : Alors je leur dis que ça existe, il y en a qui le font, qui connaissent déjà, qui le pratique mais je leur dis qu'il y a un indice de pearl qui est élevé, qu'il y a des risques, elles le savent bon, certaines ça ne les dérange pas d'être enceinte, c'est quand même une ville où il y a beaucoup de familles nombreuses, elles ne régulent pas leur naissance de manière stricte.

CG : Et l'implanon, vous me disiez que vous faites beaucoup de retrait, pourquoi elles reviennent ?

P11 : L'implanon, j'ai une gynéco qui est installée juste à côté de chez moi qui me les adresse, elle m'adresse ses patientes. Pour d'autres, c'est mes patientes qui me demandent de poser l'implanon parce qu'elles ont entendu une copine avec qui ça marchait bien etc... J'ai eu quand même comme ça 3 de mes patientes chez lesquelles je leur ai posé,

et 3 retraits dans les 3 à 6 mois qui suivaient. Dont une qui ne supportait pas parce qu'elle était beaucoup plus sensible et énervée, une autre qui ne supportait pas d'avoir l'implant dans le bras et qui avait mal à la tête et l'autre je crois qu'elle saignait tout le temps et il y en a une je crois que c'était les boutons.

CG : Et pour les retirer ?

P11 : C'est difficile, je leur dis tout le temps, c'est facile à poser, c'est plus difficile à retirer. Il y en a une que j'ai envoyée aux urgences parce que je n'arrivais pas du tout à le retirer, il était vraiment très profond.

CG : Et c'était l'ancien ou le nouveau ?

P11 : C'était le nouveau, j'ai même investi dans des pinces dont ils faisaient la publicité.

CG : Oui les kits de retrait.

P11 : Oui pour bien attraper le petit bâtonnet, et en fait cela n'a donné aucun résultat, cela ne marche pas plus que... S'il y a une patiente qui me demande de lui poser, je lui pose mais je la préviens, je lui dis que ça saigne tout le temps, qu'on peut saigner tout le temps et qu'après on peut le retirer mais que c'est difficile.

CG : D'accord et donc le stérilet, vous me parliez de vos correspondants, vous adressez à un gynéco et à une sage-femme ?

P11 : A une sage-femme, oui qui est sur Versailles, qui vient de s'installer, qui a une spécialisation en gynéco et qui les pose, qui est à mi-temps à l'hôpital Mignot de Versailles et à mi-temps en ville. Bon Moi, j'aimerais bien savoir les poser parce que parfois c'est très frustrant d'envoyer la femme pour poser le stérilet mais quand même, dans le cabinet de gynéco, elles font une écho systématique après, elles ont un appareil à écho.

CG : Oui donc ça rassure, et elle pose également chez la nullipare ?

P11 : Oui, au centre de planification de Versailles, ils posent chez les nullipares aussi, mais moi j'ai vu des malaises vagues après la pose d'un stérilet chez les nullipares, elles sont très hypertoniques, enfin très neurasthéniques.

CG : Et ça vous arrive d'avoir des demandes de renouvellement en fin de consultation ?

P11 : Oui bien sûr !

CG : Et du coup vous gérez comment ?

P11 : Je leur dis qu'il faut reprendre un autre rendez-vous mais souvent je leur donne, et je leur fixe parfois le rendez-vous le mardi pour qu'on fasse l'examen des seins, le poids, la tension ...

CG : Et l'oubli de pilule ?

P11 : L'oubli de pilule, j'en ai très peu.

CG : Et ça vous arrive d'en parler au moment de la prescription ?

P11 : C'est systématique, je leur donne la petite carte et puis on révise ensemble. Je leur donne la petite carte pour qu'elles mettent ça

dans leur portefeuille. C'était un labo qui me l'avait donné. Et puis j'ai fait le DU de gynéco, j'avais fait l'oubli de pilule moi.

CG : Pour votre mémoire ?

P11 : Et en fait il s'est avéré qu'il n'y a eu que très peu de réponses et qu'ils étaient complètement à côté de la plaque les médecins de Versailles. Donc ça a révélé que ça ne les intéressait pas, que c'était les ados qui oubliaient leur pilule, qu'ils étaient rarement confrontés à l'oubli de pilule, les étudiantes je pense qu'il y en a certaines qui sont assez cortiquées pour ne pas l'oublier, elles font en sorte de ne pas l'oublier. L'âge des patientes qui oublient leur pilule, c'était les adolescentes. L'appréciation de l'urgence et bien ils considéraient les médecins généralistes qu'il fallait recevoir les patientes avec et sans urgence quand elles avaient oublié leur pilule. Finalement l'enquête révélait que les médecins généralistes savaient très peu ce qu'il fallait faire vis-à-vis de l'oubli de pilule. Pour la contraception d'urgences, alors le problème c'est que moi j'utilise les recommandations de l'HAS mais que ça change souvent, ils ont donnés d'autres recommandations là. De toutes les façons, moi j'essaie de faire claire, si vous oubliez moins de 12 heures, vous prenez le comprimé et vous poursuivez la plaquette et si vous avez oublié plus de 12 heures, prenez la contraception d'urgences parce que c'est trop compliqué, elles ne comprennent rien ou elles ne retiennent pas. Vous croyez vraiment que si elles oublient, elles vont se remémorer tout ce qu'on leur dit ? Si vous avez un rapport sexuel dans les 5 jours...

CG : Je ne sais pas si elles se remémorent.

P11 : Voilà la dernière fiche mémo sur la contraception d'urgence, c'est janvier 2014 qui est très bien faite d'ailleurs, (lit la fiche) Donc moi, j'avais envisagé de leur mettre directement sur un papier ça mais bon... Moi j'avais trouvé une simplification de ça qui a été faite par des experts : si absence de rapport sexuels dans les 5 jours ayant précédé la constatation de l'oubli reprendre la contraception régulière et préservatifs pendant 72 heures.

CG : Ah oui c'est moins que 7 jours

P11 : Je trouvais qu'elle était plus accessible physiologie, parce que moi je leur dis que si elles l'oublient pendant la première semaine de la prise de la plaquette, le risque est maximal parce qu'il peut y avoir une ovulation pendant les 7 jours où elles l'ont arrêté, si elles l'oublient alors qu'elles sont dans l'intervalle, il peut y avoir un follicule qui se redéveloppe. Donc je leur dis qu'il y a un risque de grossesse non désirée maximal en cas d'oubli unique et de retard à la reprise dans la

première semaine pour une contraception. Donc il y a un risque maximal pendant la première semaine pour la contraception oestroprogestative et qu'il y a un risque maximal pour tout micro progestatif non anti ovulatoire et après je leur dis si absence de rapport sexuel dans les 5 jours ayant précédé la constatation de l'oubli prendre la contraception et mettre un préservatif dans les 72 heures, si rapport sexuel dans les 5 jours ayant précédé l'oubli, contraception d'urgence Ellaone, reprendre la contraception régulière et préservatifs 7 jours. Je trouvais que c'était beaucoup plus simple que l'HAS.

CG : et vous la prescrivez du coup Ellaone ou vous leur dites d'aller à la pharmacie ?

P11 : Moi, il m'est arrivé de la donner pour une fille qui n'avait pas respecté les 72 heures.

CG : Mais vous ne la prescrivez pas quand vous prescrivez la pilule ?

P11 : En systématique non et puis ce n'est pas recommandé, j'ai été tenté au début mais comme ce n'est pas recommandé de prescrire une contraception d'urgence en systématique, je ne le fais pas. Mais je pense que là où j'ai du mal, c'est pour l'oubli de la pilule. Bah j'ai eu du mal à faire mon mémoire, j'ai eu du mal avec les médecins généraliste parce que je pense que ça ne les intéressait pas ou alors ils n'ont pas le temps et j'ai eu du mal à faire comprendre aux jeunes filles et aux femmes la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Parce qu'il y a beaucoup de femmes qui ne se connaissent pas et c'est difficile de leur expliquer comment ça fonctionne l'ovulation.

CG : Et vous avez eu des consultations pour grossesse non désirée suite à un oubli de pilule ?

P11 : Oui, elles demandaient des IVG, elles n'avaient pas compris ou alors c'était par inattention, par fatigue ou par désir de grossesse incontinent, c'est tout sauf que le mari ne veut pas, les circonstances ne s'y prêtent pas. Donc par rapport à la demande d'IVG, moi je les fais réfléchir quand même, si c'est mes patientes que je vois régulièrement, je les fais réfléchir. Par contre, si c'est une qui vient, qui veut juste la lettre et puis l'écho pelvienne et puis je ne la connais pas, je ne la suis pas bah je lui fais. Si c'est mes patientes que je connais bien, que je vois régulièrement, je les fais réfléchir un petit peu pour la demande d'IVG.

CG : Et j'ai oublié de vous demander à quelle fréquence vous avez des consultations concernant la contraception ?

P11 : Je dirais 5 par semaine.

CG : Donc ça fait au moins une par jour, et est-ce que ça vous arrive de discuter de la contraception avec les hommes ?

P11 : Très rarement, je dirais pratiquement pas, en plus ici c'est un cabinet pratiquement que de femmes, je vois beaucoup de femmes.

CG : Et c'est à peu près quel type de population justement ?

P11 : C'est assez cortiqué quand même, c'est des femmes cadre moyen.

CG : Donc du coup, en Age de procréer ?

P11 : Il y a beaucoup de jeunes et puis comme je fais pas mal de suivi de grossesse et de post partum, il y a aussi des femmes qui ont eu un bébé. Parce que après, je suis leur bébé.

CG : Donc vous faites un peu de pédiatrie aussi ?

P11 : Beaucoup de pédiatrie oui, et puis les femmes à la ménopause aussi, c'est intéressant.

CG : Oui et justement les problématiques sont différentes à cet âge-là ?

P11 : A quel âge ?

CG : En péri ménopause,

P11 : Je les vois parce qu'elles ne se supportent plus. Donc des fois, quand il n'y a pas d'effets de contre-indication, je mets en route un traitement et puis on discute beaucoup de l'indication de la densitométrie osseuse en ménopause. Alors, il y a beaucoup de gynécos qui ne font pas les prises de sang FSH et œstradiol, moi je la fais parce qu'au moins, elles ont la preuve qu'elles sont ménopausées. De toute façon quand on leur dit, vous êtes certainement ménopausée et qu'on ne leur fait pas la prise de sang... Tant qu'elles n'auront pas la prise de sang, que cela ne sera pas certifié par la prise de sang, elles ne sauront pas, elles seront dans le vague. Mais les gynécos ne prescrivent pas les FSH et l'œstradiol et de toute façon, ce n'est pas indiqué. Moi je le fais, parce que j'ai remarqué que quand elles ont une preuve avec la biologie, ça y est c'est fini. Les angoisses de la péri ménopause : c'est le poids, c'est la peau qui change, les cheveux qui chutent, c'est la dépression et puis voilà il y en a certaines, elles ont peur d'être enceintes, si elles ne sont pas ménopausées, elles veulent être sûres qu'il n'y a plus de risque.

CG : Et justement, les risques de grossesse dans les 5 à 10 ans avant la ménopause, la contraception vous gérez ça comment ?

P11 : Alors je leur donne de la progestérone en péri ménopause, pour celles qui le veulent parce qu'il y en a qui sont en péri ménopause qui ne veulent plus rien, elles ne veulent pas d'hormones, c'est un peu aussi le profil du prescripteur, Quand elles sont péri ménopause pour celles qui le veulent, je leur propose de leur donner de la progestérone, il y en a qui disent non, je ne veux rien, surtout je ne veux pas d'hormones.

CG : Et donc elles utilisent les préservatifs ou un stérilet... ?

P11 : Oui voilà, c'est vrai qu'il y en a passé 45 ans qui ont un stérilet à la progestérone, il y en a certaines qui ont un stérilet mirena, elles n'ont plus de règles et elles ne sont pas bien, elles ont des sueurs la nuit, elles ont des bouffées de chaleur, elles ne sont pas bien, elles sont énervées etc. alors voilà la difficulté, c'est la femme qui est sous mirena, qui a 45 ans, qui a un stérilet, qui n'est pas bien et qui se demande si elle est ménopausée.

CG : Et du coup quand vous adressez à la gynéco, c'est vous qui prescrivez le stérilet ou c'est elle qui choisit ?

P11 : Non c'est elle, parce que c'est elle qui va le poser, mais ça ne passe pas très bien ça auprès de la patiente parce qu'elle se dit : je vais voir le Dr X qui fait de la gynéco, je vais la voir pour mon stérilet. J'en ai une comme ça elle me dit : je veux un stérilet, je dis d'accord, elle me dit vous pouvez me le poser ? Elle croyait que j'allais lui poser le jour même, je lui ai dit non, je ne les pose pas, Ah bon mais vous faites de la gynéco, et après bah je vais voir qui, bah vous allez voir une sage-femme ah bon une sage-femme donc elle m'a vu moi, ensuite elle a vu la sage-femme qui lui a dit : je ne vous le pose pas aujourd'hui, il faut faire le prélèvement chlamydiae, faire des examens etc... Donc son stérilet, elle l'a eu deux mois plus tard et elle a été obligée de reprendre une pilule entre temps.

CG : Et le fait que ce soit une sage-femme, vous avez l'impression qu'elle n'a pas la connaissance qu'elle fait de la gynéco ?

P11 : Oui mais c'est rare, les sages-femmes qui font de la gynéco. On a la chance d'avoir cette sage-femme qui est sur Versailles à l'hôpital Mignot et qui en même temps a un cabinet libéral. Mais je voudrais que ça cesse ça, soit j'essaye de les poser soit.... C'est un peu gênant ça, on a le DIU mais on ne peut pas poser les stérilets, ce n'est pas... En même temps, ce n'est pas aussi simple que ça de poser les stérilets, il faut quand même avoir l'habitude de l'utérus, il faut mousser le col, il faut un peu tirer sur les lèvres antérieures, il faut vraiment... Bon les généralistes qui les posent bien, sont ceux qui travaillent dans les centres d'IVG.

Moi j'ai des femmes, je les examine bien, elles me disent vous avez fait mieux que mon gynéco pourquoi aller voir ailleurs. Effectivement, on fait comme des gynécos, palper des seins assis, debout, coucher et puis faire un frottis et mettre un spéculum. Tous les généralistes, je pense, peuvent le faire s'ils ne sont pas gênés pour examiner le périnée d'une femme. Si on a l'habitude, on fait la même chose qu'une gynéco, sauf que voilà

effectivement, nous on n'a pas la pratique du stérilet, alors pendant le DU honnêtement, je pense que ça dépend où on le fait, à Paris il faut se débrouiller pour trouver les stages et bon... on ne vous encadre pas, il faut d'abord que ça se présente et puis moi je suis allé au centre de planification aussi à Versailles donc j'ai vu en poser un ou deux mais elle n'avait pas tant que ça à poser au centre de planification et même la gynéco du centre de planification les faisait revenir plusieurs fois et si elle avait un doute, elle disait non vous faites une écho, je ne vous le pose pas comme ça. Même les gynécos ont peur de poser des stérilets. Il y en a qui font des majorations énormes, il y en a qui n'aime pas du tout ça, j'en ai rencontré, je peux vous le dire.

(Conversation interrompue par le téléphone)

CG : Donc les gynécos, il y en a qui n'aiment pas poser des stérilets ?

P11 : Tout à fait, il y en a qui adorent ça et il y en a qui détestent ça.

CG : Et la stérilisation, ça vous arrive d'en discuter ?

P11 : Oui mais ici franchement, j'ai une de mes patientes qui l'a fait à plus de 40 ans, je crois qu'elle avait été opérée d'un fibrome et dans la foulée, on lui a fait cette méthode, proposée par le chef de service de gynéco obstétrique à Versailles. Mais voilà, je ne suis pas trop pour cette méthode, je dis qu'elle existe mais voilà. J'en parle mais c'est tout.

CG : Et qu'elle est votre vécu plus personnel de la contraception et est-ce que vous pensez qu'elle a eu un impact ou pas sur votre pratique ?

P11 : Elle permet de réguler les naissances mais je trouve que la contraception, c'est n'importe quoi, c'est une prescription très difficile où on maîtrise très peu parce que ça dépend vraiment de la femme, de son partenaire, de notre inconscient qui fait peur. Parce que maintenant on a peur si on donne une contraception, si elle fume, s'il y a des antécédents de phlébites, des antécédents d'AVC. On ne sait pas s'il faut être ferme ou s'il faut être rigide. Il y a des gynécos qui ne donnent pas de pilule tant que vous fumez. Moi j'ai déjà donné une pilule à une femme qui fume mais moins de 15 cigarettes par jour. Moi je trouve qu'on ne maîtrise pas la contraception parce qu'en plus elles peuvent nous mettre en échec. Moi je pense qu'il faut bien demander les contre-indications relatives et absolues avant de prescrire, qu'il faut bien faire son interrogatoire, et s'il y a une contre-indication et bien on ne le donne pas. S'il y a un doute, on envoie chez un cardiologue, moi j'avais une femme qui était migraineuse et on lui trouvait une tension toujours un petit peu élevée 13/8, 14 et la seule pilule qui lui

enlevait ses boutons c'était diane 35. Elle est allée voir un cardiologue qui lui a dit qu'il n'y avait pas d'hypertension et après tout le monde était content, on lui a redonné la pilule.

CG : Et les formations que vous avez eu, vous en auriez attendu quoi de plus, ou est-ce que vous avez été satisfaite ?

P11 : (souponne) Non, j'en fais une la semaine prochaine, j'en refais, vous voyez alors qu'on s'est vu avec un autre organisme de formation, j'en ai fait avec la SFTG, j'en ai fait une autre avec cette personne là et j'en refais une autre la semaine prochaine, le 23 et le 24, qui est faite par un expert qui, je pense sera gynéco et le lendemain ce sera frottis et pose des stérilets. J'ai cherché pas mal de formation où on peut faire des gestes techniques, il n'y en a pas beaucoup. Et au centre de planification familial, je suis tombée sur une gynéco très sympa qui m'a bien expliqué et qui m'a donné des conseils pour les poser etc. Qui elle était plutôt pour que je puisse les poser. (Aparté sur le fait qu'un gynéco lui avait dit qu'elle ne pourrait pas poser des stérilets) oui parce qu'on a l'impression qu'il y a des gynécos qui ont peur qu'on leur prenne leur travail.

CG : Alors qu'il y en a pour tout le monde je pense.

P11 : Cette semaine, il y avait une formation par un gynéco obstétricien à Versailles sur « où en est-on avec la contraception », elle a été annulée par manque de participants, c'est vous dire comme ça intéresse tout le monde

Résumé :

Contexte : Les difficultés rencontrées par les femmes avec la contraception ont été largement étudiées. En revanche, celles des médecins généralistes ont été peu analysées.

Objectif : Rechercher les difficultés perçues par les médecins généralistes dans la prescription et le suivi de la contraception.

Méthode : Enquête qualitative par entretien semi-dirigé auprès de 19 médecins généralistes d'Ile de France. La variabilité maximale a été recherchée pour l'échantillonnage. L'analyse par théorisation ancrée a été faite par un seul investigateur. L'ensemble des étapes de l'analyse a été réalisé avec le logiciel N VIVO 10.

Résultats : Lors de la prescription de contraception les médecins généralistes sont influencés par leur formation et leur expérience. L'organisation, le temps dont ils disposent et les caractéristiques des patientes ont aussi un impact. Pour la prise en charge, les médecins généralistes font peu appel aux autres acteurs de la prescription de contraception. Le choix est une étape très consommatrice de temps. La primo prescription est souvent réalisée en consultation dédiée. Par contre, le suivi de la contraception orale a fréquemment lieu en fin d'une consultation pour un autre motif et reste le parent pauvre de la prise en charge.

Conclusion : La principale difficulté mise en évidence par l'étude est le manque de temps dont disposent les médecins généralistes pour la prescription et surtout pour le suivi de la contraception. Des études complémentaires pourraient approfondir l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire centrée sur les préférences des patients.

Mots Clés : Contraception, médecins généralistes, prescription.